

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FILOZOFICKÁ FAKULTA
KATEDRA ANDRAGOGIKY A PERSONÁLNÍHO ŘÍZENÍ

Julie Kovaříková

**Trénink kognitivních funkcí pro dospělé osoby s psychotickým
onemocněním**

Training in cognitive functions for adults with psychotic disorders

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha 2015

Vedoucí práce:

PhDr. Miroslava Dvořáková, Ph.D.

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí své bakalářské práce PhDr. Miroslavě Dvořákové, Ph.D. za podnětné připomínky, rady a čas, který věnovala vedení mé práce.

Dále bych chtěla poděkovat pracovníkům a klientům všech organizací, které jsem navštívila, za jejich pomoc, ochotu a vstřícnost při sběru dat k empirickému šetření. Velké poděkování náleží také mé rodině za trpělivost a podporu, kterou mi po celou dobu mého dosavadního studia poskytovali a poskytují.

Prohlašuji,

že tuto bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně, že v ní řádně cituji všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

.....

datum

.....

podpis autorky

Abstrakt

Práce pojednává o tréninku kognitivních funkcí pro dospělé osoby s psychotickým onemocněním a nahlíží na tuto problematiku v kontextu andragogiky. Cílem práce je zjistit, jakým způsobem trénink kognitivních funkcí pro dospělé osoby s psychotickým onemocněním probíhá a jaké může mít přínosy pro své účastníky. V první části práce jsou nastíněna teoretická východiska týkající se deficitu kognitivních funkcí a psychotických onemocnění. Dále je tato část práce věnována specifickým tréninku kognitivních funkcí, kterými jsou například odlišné přístupy k tréninku, jeho didaktické aspekty a efekt. V empirické části je zjišťováno, jaké má trénink kognitivních funkcí přínosy pro účastníky, a zda probíhá efektivně. Tato část popisuje kvalitativní šetření realizované metodou analýzy dat získaných z rozhovorů s účastníky tréninku kognitivních funkcí pro osoby s psychotickým onemocněním, kteří absolvovali trénink v Green Doors z. ú., Terapeutickém centru Modré dveře nebo v Psychiatrickém centru Praha. Zhodnocení empirického šetření je zaměřeno na doporučení, která by mohla pomoci dosáhnout lepších výsledků tréninku kognitivních funkcí a která by do této problematiky mohla zapojit odborníky z oblasti vzdělávání dospělých.

Klíčová slova: trénink, kognitivní funkce, deficit, psychotická onemocnění, speciální andragogika

Abstract

This work focuses on the training in cognitive functions for adults with psychotic disorders and it deals with this topic, also known as cognitive remediation therapy (CRT), within the framework of andragogy. The aim of this work is to examine the process of CRT for adults with psychotic disorders and the potential contributions for the participants. The first part presents the theoretical foundations related to psychotic disorders and the deficit of cognitive functions, as well as the particularities of CRT, such as different attitudes to the training, its didactic perspective and its effect. The empirical part surveys what contributions CRT had for the participants and whether it was effective. This part describes a qualitative inquiry using a data analysis based on interviews with participants in CRT for adults with psychotic disorders who underwent the training in the Green Doors facility, the Modré dveře therapeutic centre or the Psychiatric Centre Prague. The assessment of the empiric survey focuses on the recommendations that could help achieve better results in CRT and that could involve specialists from the field of adult education in the training.

Keywords: training, cognitive functions, deficit, psychotic disorders, special andragogy

Obsah

| | | |
|----------|--|-----------|
| 0 | Úvod | 8 |
| 1 | Kognitivní funkce a jejich deficit způsobený psychotickým onemocněním | 12 |
| 1.1 | Kognitivní deficit | 12 |
| 1.2 | Vnímání | 14 |
| 1.3 | Pozornost | 14 |
| 1.4 | Paměť | 15 |
| 1.5 | Exekutivní funkce | 16 |
| 1.6 | Představivost | 17 |
| 1.7 | Myšlení | 18 |
| 1.8 | Řeč | 18 |
| 2 | Psychotická onemocnění | 20 |
| 2.1 | Osoby s psychotickým onemocněním jako početná cílová skupina vzdělávání dospělých | 21 |
| 2.2 | Schizofrenie | 22 |
| 2.2.1 | Příznaky schizofrenie | 23 |
| 2.2.2 | Průběh schizofrenie | 25 |
| 2.2.3 | Etiologie schizofrenie | 26 |
| 2.3 | Léčba psychotických onemocnění | 28 |
| 2.3.1 | Farmakologická léčba psychotických onemocnění | 28 |
| 2.3.2 | Nefarmakologická léčba psychotických onemocnění | 29 |
| 2.4 | Dopady psychotických onemocnění | 32 |
| 2.4.1 | Sociální izolace a problematika uplatnitelnosti na trhu práce | 32 |
| 2.4.2 | Stigma | 34 |
| 2.4.3 | Sebevražedné myšlenky | 35 |
| 3 | Specifika tréninku kognitivních funkcí pro osoby s psychotickým onemocněním | 36 |
| 3.1 | Restorativní a kompenzační model tréninku kognitivních funkcí | 38 |
| 3.2 | Metakognice | 38 |
| 3.3 | Skupinový a individuální trénink kognitivních funkcí | 40 |
| 3.4 | Didaktické aspekty tréninku kognitivních funkcí | 41 |

| | | |
|-------|--|----|
| 3.4.1 | Didaktické zásady tréninku kognitivních funkcí | 42 |
| 3.4.2 | Didaktické fáze tréninku kognitivních funkcí | 46 |
| 3.4.3 | Didaktické prostředky tréninku kognitivních funkcí | 47 |
| 3.5 | Efekt tréninku kognitivních funkcí | 49 |
| 4 | Kvalitativní šetření tréninku kognitivních funkcí ve vybraných organizacích na území České republiky | 52 |
| 4.1 | Cíle, příprava, metodika, organizace a způsob výběru respondentů realizovaného empirického šetření | 52 |
| 4.2 | Výsledky šetření tréninku kognitivních funkcí ve vybraných organizacích na území České republiky | 58 |
| 4.2.1 | Základní identifikační údaje respondentů | 58 |
| 4.2.2 | Nemoc a její vliv na zaměstnání a kognitivní funkce | 60 |
| 4.2.3 | Očekávané a reálné přínosy tréninku kognitivních funkcí | 61 |
| 4.2.4 | Skupinový vs. individuální trénink | 65 |
| 4.2.5 | Spolupráce se vzdělavatelem, zpětná vazba a didaktické prostředky | 67 |
| 4.3 | Zhodnocení tréninku kognitivních funkcí ve vybraných organizacích na území České republiky | 70 |
| 5 | Závěr | 80 |
| 6 | Soupis bibliografických citací | 84 |
| 7 | Přílohy | 89 |

0 Úvod

Psychotická onemocnění se řadí mezi velmi závažné duševní poruchy. Světová zdravotnická organizace (WHO) označuje duševní poruchy pro evropský region za druhou největší zdravotně-sociální zátěž. V roce 2001 se psychotická onemocnění řadila mezi deset nejzávažnějších zdrojů pracovní neschopnosti. Jedná se proto o celospolečensky závažný problém.

V České republice žije téměř 1 % osob s psychotickým onemocněním. V roce 2012 měl přibližně každý 225. člověk diagnostikovanou nemoc z tohoto okruhu. Psychotická onemocnění ovlivňují celý život nemocných i jejich rodin. Závažnost tohoto onemocnění spočívá mimo jiné v tom, že se vyskytuje již v mladém věku lidí. Charakteristické pro tyto nemoci je porucha kontaktu se skutečností. Nemocnému člověku je kvůli pozměněnému vnímání a myšlení znemožněno úspěšné fungování v každodenním životě. Tato nemoc zpravidla vede ke ztrátě zaměstnání či k nemožnosti dokončit formální vzdělávání. Osoby s psychotickým onemocněním často nejsou schopny plnit své role a funkce ve společnosti. Dopady této nemoci jsou široké a jedním z nich je i deficit kognitivních funkcí (neboli poškození poznávacích funkcí mozku).

Existují rozličné způsoby léčby těchto nemocí. Součástí nefarmakologické léčby psychotických onemocnění je trénink kognitivních funkcí (dále jen TKF), který se zaměřuje na procvičování kognitivních funkcí vedoucí k zlepšení jejich činnosti, případně nahrazení oslabených funkcí kompenzačními technikami. TKF jako druh léčby pro osoby s psychotickým onemocněním se vyvinul již na počátku devadesátých let dvacátého století. Cílem TKF je nejen zlepšit kognitivní funkce nemocných osob, zároveň se snaží usnadnit svým účastníkům návrat do běžného života. Nejvíce se zaměřuje na pomoc účastníkům v uplatnění se na trhu práce, na zvýšení šancí v úspěšném dokončení formálního vzdělávání, bylo-li účastníkově studium přerušeno nemocí, a na získání předpokladů a dovedností pro lepší zvládnutí dalšího vzdělávání, které může nemocným dále pomoci například na trhu práce.

Doposud se odborníci zaměřovali na téma TKF hlavně z psychiatrického a neuropsychologického hlediska. Můžeme toto téma najít jak v české (Benešová, Nondek, Rodriguez), tak v zahraniční (Corner, Everitt, Goldsmith, Harvey, Koren, Reeder, Seidman, Spaulding, Williams, Wykes) vědecké literatuře a v odborných článcích, ze kterých v této práci vycházím. Nicméně toto téma se pohybuje nejen na pomezí neuropsychologie a psychiatrie, svůj díl zde má i andragogika, respektive speciální andragogika.

Beneš upozorňuje na jedno z důležitých specifíků andragogické vědy, a to její mnohooborovost. Andragogické bádání se vždy dotýkalo a dotýká mnoha příbuzných oborů a využívá jejich poznatků. Je to tak mimo jiné proto, že praktické problémy vzdělávání dospělých jsou jen těžko řešitelné pouze v rámci jedné vědní disciplíny. Andragogika má velmi blízko k psychologii, sociologii, ekonomii a dalším oborům. (Beneš, 2008, s. 34) V této práci proto nahlížím na téma TKF pro osoby s psychotickým onemocněním v kontextu vzdělávání dospělých, který bude úzce propojen s psychologickou a psychiatrickou stránkou tématu, kterou je vhodné si pro plné porozumění všem aspektům této problematiky přiblížit.

Na tomto místě je příhodné upozornit na skutečnost, že to není poprvé, co se téma TKF v oboru andragogiky objevuje. Organizace Alpelephant, s. r. o. sídlící v Praze se věnuje kurzům Brain Joggingu. Tyto kurzy jsou zaměřeny na TKF pomocí počítače. Brain Jogging je určen pro následující cílové skupiny: seniory, pacienty po mozkové příhodě, pacienty po chemoterapii, řidiče, sportovce v kolektivních sportech, děti, které mají problémy s učením či hyperaktivitou, a profese náročné na pozornost a paměť. Vzdělavateli Brain Joggingu jsou převážně lektori působící v oblasti vzdělávání dospělých. (Brain Jogging, 2015)

Tato organizace spolupracovala například s občanským sdružením Asociace institucí vzdělávání dospělých ČR (AIVD ČR). V roce 2012 byl pořádán pod záštitou AIVD ČR seminář TKF otevřený široké veřejnosti. Cílem tohoto semináře bylo informovat o možnostech posílení kognitivních funkcí, vyzkoušet si praktická cvičení a dozvědět se

jaké jsou důsledky oslabení a přínosy posílení těchto funkcí. (Asociace institucí vzdělávání dospělých ČR, 2010)

V oblasti gerontagogiky se objevil názor, že kognitivní funkce jsou jednou ze základních oblastí, kterým by se měla edukace seniorů v praxi věnovat (Dostalíková, 2013, s. 17). Nicméně výše zmíněné případy jsou prozatím pouze ojedinělými příklady, kdy se téma TKF v oblasti vzdělávání dospělých objevilo. Tato práce může mimo jiné přispět k tomu, aby se TKF dostal do širšího povědomí andragogické vědy. Věřím, že pro TKF pro osoby s psychotickým onemocněním je přínosné, bude-li na něj nahlíženo i z pohledu vzdělávání dospělých, ne jen jako na součást neuropsychologie a psychiatrie.

V České republice jsou lidé s psychotickým onemocněním rozsáhlou skupinou, která má velmi specifické vzdělávací potřeby. Ve vzdělávání dospělých by neměla být tato specifika opomíjena.

Předkládaná práce usiluje o komplexnější pohled na danou problematiku v kontextu andragogiky. Tato práce si klade si za cíl zjistit, jakým způsobem TKF pro dospělé osoby s psychotickým onemocněním probíhá a jaké může mít přínosy pro své účastníky. Pozornost je zaměřena na případná doporučení, která by pomohla dosáhnout lepších výsledků TKF a která by mohla do této problematiky zapojit odborníky z oblasti vzdělávání dospělých.

Práce je rozdělena do čtyř kapitol. První tři kapitoly se zabývají teoretickým rámcem práce, poslední kapitola představuje realizované empirické šetření. V první kapitole této práce jsou pro lepší pochopení souvislostí stručně rozebrány jednotlivé kognitivní funkce a kognitivní deficit, který sužuje osoby s psychotickým onemocněním. Druhá kapitola je věnována psychotickým onemocněním. Toto téma sice není pro andragogy hlavním předmětem zájmu, duševní poruchy jsou zkoumány spíše v oblasti psychologie, psychiatrie a dalších oborů, ovšem TKF rozebíraný v této práci je zaměřen právě na osoby, které onemocněly psychózou. Pro lepší chápání kontextu je proto důležité se s psychotickými nemocemi seznámit. Třetí kapitola se zaměřuje na specifika TKF pro osoby s psychotickým onemocněním. Tato kapitola pojednává například o rozdílných přístupech k tréninku. Dále se zabývá didaktickými aspekty TKF, tedy zásadami, fázemi

a prostředky TKF. Na závěr této kapitoly je pojednán efekt TKF a možnosti uplatnění získaných dovedností v každodenním životě nemocných. Empirické části této práce je věnována čtvrtá kapitola. Kvalitativní šetření, které je v této kapitole rozebráno, představuje analýzu dat získaných z rozhovorů s několika účastníky TKF pro osoby s psychotickým onemocněním, kteří absolvovali trénink v Green Doors z. ú., Terapeutickém centru Modré dveře nebo v Psychiatrickém centru Praha. Na závěr této kapitoly jsou porovnány odpovědi respondentů s východisky odborné literatury, které jsou představeny v teoretické části práce.

V této bakalářské práci bude odkazováno na 10. vydání Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN-10). Tato klasifikace je standardní diagnostický nástroj používaný po celém světě. Jeho přípravu koordinovala WHO a obsahuje diagnostické návody a detailní popisy symptomů nemocí. Psychotická onemocnění jsou širším pojmem, který se používá pro více onemocnění. V této práci budou psychotickými onemocněními vždy míněny psychózy tzv. schizofrenního okruhu. V MKN-10 spadají tato psychotická onemocnění pod název „Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy“ a jsou jim přiřazeny kódy F20–F29. (Schizofrenie : Edukační program WPA, 2003, s. 20–21) Jednotlivé psychotické poruchy spolu se svým kódovým označením jsou k zhlédnutí v tabulce 1 v příloze A.

1 Kognitivní funkce a jejich deficit způsobený psychotickým onemocněním

Tato kapitola je zaměřena na uvedení do problematiky kognitivních funkcí a kognitivního deficitu, který mohou způsobit psychotická onemocnění. TKF, na který je tato práce zaměřena, se snaží rehabilitovat a posílit činnost kognitivních funkcí. V následujících podkapitolách je nejprve pojednáno o kognitivním deficitu a následně jsou popsány jednotlivé kognitivní funkce, přičemž je u každé z nich uvedeno, jakým způsobem mohou být ovlivněny u člověka, který onemocněl psychotickým onemocněním.

Kognitivní funkce či zkráceně kognice jsou psychické procesy a operace, díky kterým jedinec poznává svět a sebe sama, proto se jim někdy také říká poznávací funkce. Řadí se mezi ně vnímání (receptivní funkce), pozornost, paměť, exekutivní funkce, představivost, myšlení a řeč (expresivní funkce). Tyto procesy a operace se uskutečňují v lidském mozku. (Syka, 2006, s. 41) V oblasti hodnocení kognitivních funkcí se pojem kognice někdy ztotožňuje s pojmem inteligence (Preiss, 1998, s. 23).

1.1 Kognitivní deficit

Kognitivní deficit je přechodné či trvalé poškození kognitivních funkcí. Může se jednat jak o jednorázovou situaci, jakou je kupříkladu náhlý výpadek paměti, tak o dlouhodobé kognitivní poškození určité funkce. Kognitivní deficit u psychotických onemocnění se doposud snažilo definovat velké množství studií a výzkumů. Jednou z motivací těchto výzkumů je snaha o vytvoření jednotné baterie testů, díky které bude například možné zjistit účinky jednotlivých léčebných postupů. Jak uvádí Benešová a Nondek, občanské sdružení Green Doors z. ú. vycházelo při sestavování diagnostických šetření na počátku a na konci tréninku z doporučení iniciativy NIMH-MATRICS (The US National Institute of Mental Health a Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia), která se rozhodla vytvořit metaanalýzu doposud publikovaných studií na toto téma. (Benešová a Nondek, 2011, s. 40)

Tato metaanalýza si dala za cíl vytyčit několik základních oblastí kognitivního deficitu. Skupina MATRICS zpracovala data ze 13 studií a výsledkem jejich bádání bylo definování šesti základních a dvou vedlejších oblastí kognitivního deficitu u pacientů s psychotickým onemocněním (Nuechterlein et al., 2004, s. 36):

1. rychlost zpracování informací,
2. pozornost/bdělost,
3. pracovní paměť,
4. verbální učení a paměť,
5. vizuální učení a paměť,
6. exekutivní funkce.

Dvěma vedlejšími oblastmi jsou verbální porozumění a sociální kognice. Verbální porozumění bylo určeno jako okrajová oblast proto, že je jak nemocí, tak následnou léčbou jen těžko ovlivnitelné. (Nuechterlein et al., 2004, s. 36) Jak ovšem upozorňují Benešová a Nondek, je i tato oblast velmi důležitá, protože nabízí možnost určit alespoň přibližně premorbidní úroveň kognice, tzn. úroveň před vypuknutím nemoci (2011, s. 33).

Deficit sociální kognice považuje pracovní skupina MATRICS za velmi významný, ovšem v době shromažďování dat k výzkumu nebylo k dispozici dostatečné množství publikovaných studií, které by tento deficit testovaly. Sociální kognice hraje velkou roli především v pacientově uplatnění v každodenním životě. (Nuechterlein et al., 2004, s. 37) Na deficit sociální kognice se tato práce dále zaměřovat nebude, protože se v TKF dá rozvíjet pouze okrajově, v léčbě je často předmětem spíše terapie nejčastěji nazývané jako nácvik sociálních dovedností (viz 2.3.2 Nefarmakologická léčba psychotických onemocnění).

TKF pro osoby s psychotickým onemocněním by se měl zaměřit na ty deficitní oblasti kognitivních funkcí, které se u nemocných objevují nejčastěji, tedy šest výše zmíněných oblastí. U jednotlivých níže popsanych kognitivních funkcí bude zmíněno, která deficitní

oblast vymezená iniciativou MATRICS té dané funkci odpovídá, případně jakými testy je možné tyto deficity změřit.

1.2 Vnímání

Základem lidského poznávání je vnímání neboli percepce. Vnímání je zprostředkováno smyslovými orgány, v jejichž receptorech je fyzikální a chemická energie přeměněna na nervové vzruchy, které následně vedou do mozkové kůry. Tam jsou na základě zkušeností identifikovány a poté interpretovány. Výslednému produktu tohoto procesu se říká vjem. Vjemy umožňují člověku orientaci ve vnějším světě, díky nim je schopen adaptace na životní prostředí, ve kterém se nachází. Vnímání tedy lze brát jako proces organizace smyslových dat do smysluplných struktur. Ovšem je možné se na něj dívat i z širšího hlediska, ve kterém jde nejen o vnímání okolí, ale i o vnímání vnitřních stavů organismu. V tomto širším smyslu se pak rozlišují exteroceptory a interoceptory. Exteroceptory zaznamenávají informace z vnějšku. Interoceptory zachycují stimulaci z vnitřního prostředí organismu, jde tedy o vnímání vnitřních stavů těla, jeho orgánů, pohybů atd. (Nakonečný, 2011, s. 250–252)

Preiss hovoří o vnímání jako o receptivních funkcích. Vnímání z vnějšku dále dělí na zrakové, sluchové, hmatové, čichové a chuťové. (Preiss, 1998, s. 23, 29)

Jak uvádí skupina MATRICS, osobám s psychotickým onemocněním, které jsou již ve stabilizované fázi onemocnění, komplikuje fungování v běžném životě pomalejší rychlost zpracování informací. Rychlost zpracování informací (tedy první deficitní oblast vymezená v podkapitole 1.1) je ovlivněna činností více kognitivních funkcí, jednou z nich je právě percepční rychlost neboli rychlost vnímání. (Nuechterlein et al., 2004, s. 33)

1.3 Pozornost

Na pozornost se lze dívat jako na prostředek k soustředění omezených mentálních zdrojů na informace a kognitivní procesy, které jsou pro danou chvíli nejpodstatnější. Pokud člověk ztlumí vliv velkého množství podnětů, které k němu přicházejí z vnějšku (počítky) a z vnitřku (vzpomínky a myšlenky), může se plně věnovat vybraným

podnětům, které ho zajímají. Zaměřená pozornost také razí cestu paměťovým procesům. Je známo, že je větší pravděpodobnost, že si člověk zapamatuje ty informace, kterým věnuje pozornost, než ty, které ignoroval. (Sternberg, 2002, s. 90)

Sternberg uvádí tři hlavní funkce vědomé pozornosti: detekce signálů, selekce a umožnění dělení pozornosti. Detekce signálů je možná díky bdělosti. Bdělost (vigilance) je schopnost soustředit se na podnětové pole dlouhou dobu, během které se z něj jedinec snaží určit nějaký druh zajímavého cílového podnětu. Selekce pozornosti znamená, že si jedinec může zvolit, kterým podnětům bude pozornost věnovat a kterým ne. Díky možnosti dělení pozornosti lze provádět více než jednu úlohu ve stejnou dobu. (Sternberg, 2002, s. 102–104)

Poškození v oblasti pozornosti se u osob s psychotickým onemocněním objevují velmi často a ovlivňují celkovou kognitivní výkonnost. V rámci kognitivního deficitu byla pozornost vymezena jako samostatná oblast. Nemocní mají problém se koncentrovat a snadno se rozptýlí vnějšími podněty. Nejsou schopni pozornost rychle rozdělit ani soustavně udržet. V České republice se pro měření pozornosti často používá „Test pozornosti d2“ (Rodný, 2001).

1.4 Paměť

Paměť je schopnost centrální nervové soustavy, která umožňuje člověku uchovávat své minulé zkušenosti a následně je využít v přítomnosti. Existují tři základní paměťové mechanismy: vstup (zakódování do paměti), uchování (uskladnění) a výstup (vybavení). (Sternberg, 2002, s. 181–182)

Paměť můžeme rozlišit na krátkodobou a dlouhodobou. Informace uložené v krátkodobé paměti jsou velmi snadno vymazány a nahrazeny novými informacemi. Jako její maximální trvání se uvádí 30–90 s. Má úzkou spojitost s pracovní pamětí, která je popsána níže. Dlouhodobá paměť uchovává informace prostřednictvím mikroanatomické přestavby neuronových sítí a změn vnitřního prostředí souvisejících nervových buněk. Informace dlouhodobě uložené mohou však i zaniknout. Jednou z možností zániku je zapomínání, ale existují i jiné způsoby, např. ubývání mozkových

buněk. Dlouhodobou paměť je možné dále rozdělit na paměť recentní, která uchovává informace nedávné, a paměť trvalou, která zaznamenává informace napořád. (Preiss, 1998, s. 102–103)

Lze se setkat i s pojmy pracovní a referenční paměť. V pracovní paměti jsou informace uloženy pouze za účelem řešení aktuální situace. Bezprostředně po využití těchto informací jsou tyto již nevýznamné informace zapomenuty nebo vytěsněny novými informacemi. Může být tedy delší než krátkodobá, ale vždy je kratší než dlouhodobá paměť. Referenční paměť je paměť trvalá a informace v ní jsou uloženy a vybaví se při řešení aktuální úlohy. Na rozdíl od pracovní paměti nejsou po využití zapomenuty. (Preiss, 1998, s. 103)

Jiné možné dělení paměti je na explicitní a implicitní. Informace z explicitní paměti lze reprodukovat či popsat. Obsah implicitní paměti není možné přímo verbalizovat a informace z ní jsou užívány nevědomě. (Sternberg, 2002, s. 184)

Skupina MATRICS zařadila paměť hned do tří oblastí kognitivního deficitu. První z nich je pracovní paměť. Pokud se lidé s psychotickým onemocněním zhorší pracovní paměť, často jim to přinese do běžného života mnoho komplikací. Měřit pracovní paměť lze například za pomoci úloh na vybavování si slovních řad či čísel. (Nuechterlein et al., 2004, s. 34)

Druhou deficitní oblastí týkající se paměti je verbální učení a paměť. Jde o paměť zaměřenou na schopnost zapamatovat si verbální materiál. Třetí oblastí je vizuální učení a paměť. Od verbální se liší podnětovým materiálem. Důvodem pro rozdělení verbálního a vizuálního učení (a paměti) je, že jednak jsou během TKF zkoumány a rozvíjeny jinými testy a cvičeními, a jednak druhá z obou zmíněných je významná pro sociální fungování nemocných. K úspěchu v sociálním kontaktu je například důležité pamatovat si tváře lidí, se kterými se nemocný setkává. (Benešová, 2006, s. 54)

1.5 Exekutivní funkce

Exekutivní funkce zahrnují usuzování a samostatné řešení problémů. Má-li jedinec rozvinuté a dobře fungující exekutivní funkce, je schopen nezávisle a produktivně jednat.

Pokud jsou exekutivní funkce oslabeny, postihuje to veškeré chování člověka. Popisovány jsou čtyři základní složky exekutivních funkcí: vůle, plánování, účelné jednání a úspěšný výkon, tj. takový výkon, který má předpokládaný efekt. (Preiss, 1998, s. 23–24)

Exekutivní funkce bývají také definovány jako soubor vyšších funkcí, které úmyslně a cílevědomě formují ostatní, „nižší“, funkce k dosažení určitého cíle. (Koren et al., 2006, s. 320)

Exekutivní funkce neboli usuzování a řešení problémů jsou stejně jako pozornost samostatnou deficitní oblastí u osob s psychotickými poruchami. Testy, kterými jsou exekutivní funkce měřeny, jsou například Hanojská a Londýnská věž či Stroopův test (Preiss a Kučerová, 2006, s. 209). Koren spolu s dalšími autory (2006, s. 311) upozorňuje na to, že exekutivní funkce mohou výrazně ovlivnit samostatné fungování nemocného, pokud má jedinec s psychotickým onemocněním oslabené exekutivní funkce, není například vhodné, aby bydlel sám.

1.6 Představivost

Hartl a Hartlová definují představivost jako schopnost vytvářet představy. Představa je v tomto případě obsah vědomí, který si jedinec vybaví na základě minulého zážitku ve více či méně přepracované formě. (Hartl a Hartlová, 2000, s. 464)

Představy se od vjemů liší tím, že představy nepokládáme za skutečné, vjemy ano. Vjemy pocházejí z vnějšku, oproti tomu představy vznikají v mozku, jejich obraz je méně živý, většinou spíše obrysový. S představivostí dále úzce souvisí fantazie, denní snění a vzpomínky. (Nakonečný, 2011, s. 279–280, 284, 288)

Představivost jako jediná z kognitivních funkcí nebyla zařazena do deficitních oblastí vymezených skupinou MATRICS. Z tohoto faktu vyplývá, že u osob s psychotickým onemocněním představivost narušena nebývá, případně pouze zanedbatelně, a není nutné se na ni v průběhu TKF detailněji soustředit.

1.7 Myšlení

Myšlení je stejně jako vnímání formou poznávání, myšlení je však vývojově vyšším způsobem, který umožňuje přesahovat vnímanou skutečnost (Nakonečný, 2011, s. 296). Preiss myšlení popisuje jako schopnost abstrakce, usuzování, rozhodování, analýzy a syntézy (Preiss, 1998, s. 23).

Myšlení tedy obsahuje i objekty, které jsou bezprostředním smyslovým vnímáním nedostupné, ovšem i tak má své limity, které jsou velmi úzce spjaté s řečí (Hartl a Hartlová, 2000, s. 332).

Myšlení souvisí s více deficitními oblastmi, které byly u pacientů s psychotickým onemocněním zaznamenány. První z nich je rychlost zpracování informací. Zpomaleny mohou být všechny procesy, které se v rámci myšlení odehrávají. Dále myšlení souvisí s oběma oblastmi, které se týkají učení - verbální učení a paměť a vizuální učení a paměť.

1.8 Řeč

Člověk je schopen za pomoci členěných zvuků vyjádřit obsah svého vědomí. Této schopnosti se říká řeč. Toto chápání řeči je však pouze v její nejužší variantě. V širším významu jde o schopnost používat verbální a neverbální výrazové prostředky. Verbální prostředky jsou například mluva a písmo, neverbální jsou posunky, mimika, gesta atd. Poslední forma řeči, která souvisí s myšlením, je tzv. řeč vnitřní. (Hartl a Hartlová, 2000, s. 519)

Preiss řeč řadí mezi expresivní funkce, které krom mluvení, gestikulace a psaní zahrnují také kreslení a manipulaci s materiálem (Preiss, 1998, s. 23).

Mluvená a psaná forma řeči je považována za specifikum lidské komunikace. Je vyjádřena za pomoci jazyka, který může mít různé národní varianty. (Nakonečný, 2011, s. 323)

S řečí velmi úzce souvisí okrajová deficitní oblast verbálního porozumění. Jak již bylo zmíněno v podkapitole 1.1, úroveň verbálního porozumění může pomoci identifikovat alespoň přibližně premorbidní úroveň kognice.

Druhou deficitní oblastí, které se řeč týká, je rychlost zpracování informací. Tento deficit lze změřit například ve cvičení na rychlost generování slov začínajících na určité písmeno. Tento test je v České republice znám pod názvem „Test verbální fluence“ (Preiss, 1998, s. 43).

Řeč je poslední z kognitivních funkcí, která je v odborné literatuře probírána. Rovněž již byly v souvislosti s kognitivními funkcemi zmíněny všechny deficitní oblasti, kterým je věnována pozornost během TKF pro osoby s psychotickým onemocněním. Nejsou to však pouze deficitní oblasti kognitivních funkcí, na které se TKF zaměřuje, další oblast trénování je popsána v podkapitole 3.2 Metakognice. Nicméně předtím, než bude ve třetí kapitole představena metakognice a další specifika TKF pro osoby s psychotickým onemocněním, je vhodné přiblížit samotnou problematiku psychotických onemocnění.

2 Psychotická onemocnění

Trénink kognitivních funkcí, na který se tato bakalářská práce zaměřuje, je určen pro osoby s psychotickým onemocněním ve stabilizovaném zdravotním stavu. Psychotická onemocnění jsou velmi širokou oblastí duševních poruch. Ačkoli je v této práci téma TKF pro osoby s psychotickým onemocněním zkoumáno na půdě andragogiky, je vhodné pro plné porozumění všem aspektům tréninku věnovat část pozornosti i psychologické (respektive psychiatrické) stránce této problematiky. Z tohoto důvodu je na následujících stránkách ve zkratce představeno, jak se psychotická onemocnění projevují, jak se dají léčit a jaké dopady mají na život nemocného.

Psychózy nebo také psychotická onemocnění jsou v MKN-10 označovány jako „Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy“. Jedná se o taková onemocnění, pro něž je charakteristická porucha kontaktu se skutečností. Lidé trpící psychotickým onemocněním vnímají okolní svět odlišně od většiny populace. Člověku s psychózou je kvůli pozměněnému vnímání a myšlení více či méně znemožněno běžné fungování v každodenním životě. Velkou komplikací těchto nemocí je to, že osoby, u nichž se tato nemoc projeví, se potýkají s masivní úzkostí a nepohodou, ale z počátku si samy svou nemoc neuvědomují, a proto je velmi nelehké je přimět, aby začaly svůj stav řešit s odborníky. (Horáček et al., 2003, s. 33–34)

Představit si psychotické prožívání je velmi obtížné. Jak upozorňují Látalová a Praško, psychóza zahrnuje velké množství prožitků, které jsou velmi různorodé stejně jako životní zážitky každého člověka. Psychotické prožívání tedy lze přiblížit, ale nikdy ne zcela pochopit. (Látalová a Praško, 2012, s. 11)

Samotný termín psychóza byl poprvé použit E. von Feuchterslebenem v roce 1847. Ten tento termín použil k vymezení onemocnění „psychizmu“ oproti neurózám, které definoval jako onemocnění „nervů“. Onemocněním „psychizmu“ tak nazval ty nemoci, kterým se v historii říkalo šílenství. (Horáček et al., 2003, s. 15)

Následující podkapitoly jsou uvedeny odůvodněním, proč je zajímavé se psychotickým onemocněním věnovat z pohledu vzdělávání dospělých, dále jsou pak popsány příznaky,

průběh, etiologie, léčba a dopady psychotických onemocnění. Nejznámější a v odborné literatuře nejvíce popsanou psychotickou poruchou je schizofrenie (F20.0–F20.9), odrazí se to proto částečně i v textu této bakalářské práce. Ostatní nemoci z tohoto okruhu duševních poruch (F21–F29) jsou schizofrenii podobné, mají například méně intenzivní či krátkodobější příznaky blízké schizofrenii (schizotypální porucha, akutní a přechodné psychotické poruchy), případně jde o nemoci, kde jsou hlavními příznaky bludy, a ostatní projevy běžně se vyskytující u schizofrenie se u těchto poruch nevyskytují (poruchy s trvalými bludy a indukovaná porucha s bludy). Pro účely této práce proto považuji za dostačující popsat příznaky, průběh a etiologii pouze u schizofrenie. Podkapitoly věnující se léčbě a dopadům nemoci jsou pak popsány pro všechny poruchy společně, stejně tak je na všechna psychotická onemocnění zaměřeno empirické šetření popsané v kapitole 4. Kompletní přehled všech psychotických poruch podle MKN-10, tedy „Schizofrenie, schizofrenních poruch a poruch s bludy“ (F20–F29), zachycuje tabulka 1 v příloze A.

2.1 Osoby s psychotickým onemocněním jako početná cílová skupina vzdělávání dospělých

Ve vzdělávání dospělých se od sedmdesátých let stále častěji objevují diskuze o cílových skupinách. Téma samotné bylo se vzděláváním spjato již od počátku, ovšem v sedmdesátých letech se vzdělávání dospělých dočkalo jistého rozmachu a společenského uznání, tedy i téma cílových skupin bylo v této době výrazněji řešeno. Zaměření se na různé cílové skupiny může přispět k demokratizaci vzdělávání dospělých ve společnosti. (Beneš, 2008, s. 87)

Běžně se hovoří o cílových skupinách jako například ženy, rodiče, senioři, negramotní atd. Je však důležité si uvědomit, že jsou tu i další početné cílové skupiny, jejichž vzdělávací potřeby jsou neméně podstatné a o nichž se v odborných diskusích tak často a nebo vůbec nehovoří. Jednou z nich jsou i lidé s psychotickým onemocněním.

Palán (1997, s. 19) upozorňuje na to, že se na pojem cílové skupiny můžeme dívat ze dvou různých pohledů. Ve vzdělávání je na ně většinou nahlíženo jako na skupiny lidí,

kterým je určen konkrétní vzdělávací projekt. Druhý pohled ovšem říká, že se jedná o skupiny lidí, kteří ve společnosti potřebují speciální péči. Je jim věnována zvláštní pozornost, jelikož vzhledem ke svému znevýhodnění v procesu socializace a uplatnitelnosti na trhu práce často narážejí na velké komplikace. Právě tento druhý pohled platí pro skupinu osob s psychotickým onemocněním.

V České republice byl v roce 2012 počet léčených pacientů s psychotickým onemocněním (F20–F29) v ambulantních psychiatrických zařízeních 46 893 (ÚZIS ČR, 2013). Vyjdeme-li z databáze ČSÚ, která uvádí, že celkový počet obyvatel v roce 2012 v České republice byl 10 516 125 (Český statistický úřad, 2012), zjistíme, že přibližně každý 225. obyvatel České republiky měl v roce 2012 diagnostikovanou psychózu. Látalová a Praško uvádí, že pokud vezmeme v úvahu i ty nemocné, kteří nevyhledali odbornou pomoc, bude reálný počet osob s psychotickým onemocněním v České republice ještě dvakrát vyšší, tudíž skoro celé 1 % populace České republiky (2012, s. 13). Jedná se tedy o rozsáhlou cílovou skupinu, která má velmi specifické vzdělávací potřeby a neměla by být v rámci cílových skupin vzdělávání dospělých opomíjena.

2.2 Schizofrenie

Schizofrenie (F20) je velmi závažné psychotické onemocnění charakterizované výraznými defekty v oblasti myšlení, vnímání, projevů chování, emocí a kognitivních funkcí. (Mohr, 2003, s. 32) Původně byla schizofrenie označována jako „dementia praecox“ neboli předčasná demence. Tento pojem pochází od Emila Kraepelina a jeho kolegů, mezi něž se řadil kupříkladu i Alois Alzheimer. Termínem „dementia praecox“ vymezili onemocnění, které mělo podle nich stejné symptomy (příznaky) jako demence, ovšem s nástupem v mladším věku. Chtěli ji tak odlišit od demence ve stáří (později pojmenované jako Alzheimerova choroba). (Schizofrenie: Edukační program WPA, 2003, s. 10)

Až Eugen Bleuler v roce 1911 přichází s pojmem „schizofrenie“, který značí „rozštěpení“. Nejedná se však o „alternaci osobnosti“, jak je často chybně chápáno, ta se u schizofrenie prakticky nevyskytuje. Bleuler tím mínil fragmentaci duševního života,

při kterém se myšlení, emoce a vůle stávají nezávislými fragmenty z původního celku. (Libiger, 2002, s. 343–344)

Dělení na jednotlivé typy schizofrenního onemocnění zobrazuje tabulka 1 v příloze A.

2.2.1 Příznaky schizofrenie

Neexistuje jeden typický schizofrenní symptom, po jehož nalezení by šlo s určitostí diagnostikovat schizofrenii. Pro schizofrenii je charakteristické seskupení příznaků, které výrazně ovlivňují chování nemocného. Jedná se většinou o nápadné psychopatologické změny a poruchy. (Libiger, 2001, s. 227)

Eugen Bleuler zvolil čtyři primární symptomy schizofrenie, které bývají označovány jako „čtyři bleulerovská A“. Jedná se o:

1. autizmus,
2. asociace (porucha asociací, rozklad myšlenkových procesů),
3. ambivalenci (zcela protichůdné pocity současně se svářící v jedné osobě),
4. afektivní oploštělost (snížená intenzita emocí).

Někdy se navíc k těmto čtyřem dodává ještě porucha pozornosti a abulie (ochromení vůle). Za sekundární příznaky Bleuler označil bludy a halucinace. Sekundární proto, že se vyskytují i u jiných onemocnění, například u bipolární afektivní poruchy či demence. Tento bleulerovský koncept schizofrenie v psychiatrii dominoval většinu 20. století. (Schizofrenie: Edukační program WPA, 2003, s. 13)

V dnešní době používají lékaři k diagnostikování schizofrenie předepsané postupy a návody, které nenechávají příliš prostoru pro intuici. Takovéto diagnóze se říká „operacionalizovaná diagnóza“ (Libiger, 2002, s. 349). Lékař však vždy musí vycházet nejen z příruček, ale důležité je i jeho vlastní pozorování a zkušenosti. Vše je nutno vyhodnocovat podle psychopatologického významu a kontextu, např. pacientova životního příběhu či kulturního kontextu. (Libiger, 2002, s. 347)

MKN-10 uvádí jako charakteristické příznaky schizofrenie deformaci myšlení a vnímání (pozitivní příznaky); ozvučování myšlenek; vkládání nebo odnímání myšlenek; vysílání myšlenek; bludné vnímání a bludy ovládání; pasivitu nebo ovlivňování; sluchové halucinace, které komentují nebo diskutují o pacientovi ve třetí osobě; poruchy myšlení a negativní příznaky (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná verze k 1. 1. 2009, 2008, s. 202).

Negativní příznaky jsou např. apatie, ochuzení řeči a emoční oploštění nebo naopak nepřiměřenost emočních reakcí (Libiger, 2002, s. 349). Halucinace jsou patologické (chorobné) vjemy, které nemají žádný reálný podklad, jedná se tedy o poruchu vnímání. Pokud tyto patologické vjemy reálný podklad mají, ale je výrazně odlišně zobrazen v mysli, hovoříme o iluzích. Osoba, která tyto klamné vjemy přijímá, je považuje za realitu (na rozdíl od pseudohalucinací, při nichž si je člověk vědom jejich nereálnosti). Podle složitosti můžeme halucinace dělit na elementární (jednotlivé smyslové podněty), komplexní (halucinace např. celých zvířat, scén) a kombinované (šálení několika smyslů současně). Dále je možné je rozdělit podle domnělé lokalizace smyslovým orgánem na sluchové (tzv. „hlasy“), zrakové, čichové, chuťové, tělové (hmatové, pohybové atd.), intrapsychické (pocit odnímání, vnucování, vkládání, ozvučování nebo zveřejňování vlastních myšlenek) a inadekvátní (nemocný má pocit, že vnímá okolní svět jinými orgány, než je běžné, např. čichá nohama). (Horáček a Švestka, 2002, s. 300–301)

Bludy jsou poruchou obsahu myšlení, na rozdíl od halucinací, které jsou poruchou vnímání. Jedná se o mylné osobní přesvědčení o světě, které je nevývratné. Osoba se schizofrenií si vytváří své vlastní patologické interpretace světa, které si velmi pevně udržuje, a to i přes to, že nikdo další je nesdílí a že jsou nemocnému předkládány zřejmé a nezpochybnitelné důkazy o nepravdivosti bludů. Blud musí splňovat tyto charakteristiky, podle kterých ho i diagnostikujeme:

1. je chorobného vzniku, tedy součástí nějaké duševní poruchy,
2. je pro okolí většinou zjevně nepravdivý, nesmyslný,

3. je nevývratný, nelze ho vyvrátit logickými argumenty,
4. blud je individuální, není produktem obecného mínění (např. není uznáván žádnou vírou), je založen na konkrétních životních zkušenostech nemocného,
5. má vliv na jednání člověka, stojí v centru pozornosti jedince, protože je úzce spojen s motivací.

Podle obsahu můžeme bludy rozdělit na bludy expanzivní (charakteristické chorobným přesvědčením o speciálním významu vlastní osobnosti a přeceňováním svých schopností a možností), dále bludy depresivní (podceňování vlastní osoby) a bludy paranoidní (základem je chorobná vztahovačnost, kdy nemocný všem lidem, věcem a situacím ve svém okolí přisuzuje zásadní vztah k sobě samému). Další možné dělení bludů je na primární a sekundární, kde primární blud je ten, který vzniká v důsledku vlastní poruchy myšlení a je nezávislý na momentální náladě. Sekundární blud se objevuje v důsledku poruchy nálady. Patologický pokles či vzestup nálady může vést až k obsahové poruše myšlení, tedy k bludu. (Horáček a Švestka, 2002, s. 319–320)

2.2.2 Průběh schizofrenie

Jak upozorňuje Libiger, průběh schizofrenního onemocnění se spolu s rozvojem psychofarmakologie a léčebných přístupů stále mění (2001, s. 237). Schizofrenie obvykle začíná v průběhu dospívání nebo v rané dospělosti. Většinou je rozvoj nemoci postupný s prodromálními příznaky (tj. příznaky předcházející nemoci). První projevy schizofrenie u mladých lidí mohou být zpočátku jejich rodinou a blízkými vykládány jako běžné chování dospívajícího, proto může trvat relativně dlouho, než vyhledají odbornou pomoc. Nemocný se postupně mění a dochází k rozvoji bludů a halucinací. Nakonec nastane plné propuknutí akutních příznaků psychotické epizody. Schizofrenie probíhá jako epizodické onemocnění, což znamená, že se objevuje v jednotlivých epizodách neboli atakách. Pokud jde o druhé a další opakování ataky, hovoří se o relapsu (znovu vzplanutí nemoci). V období výskytu akutních psychotických příznaků je nutná farmakologická léčba psychofarmaky. Pokud jsou příznaky nemoci intenzivní nebo je nemocný nebezpečný pro sebe či své okolí, je nezbytná hospitalizace na lůžkovém

psychiatrickém oddělení. Ataka schizofrenie často přichází po předcházející velké stresové zátěži, jakou může být například ztráta bližního, úraz nebo zvýšená zátěž v práci či při studiu. (Doubek, Praško, Herman a Hons, 2008, s. 12–13) U vysokoškolských studentů se může například jednat o náročné zkouškové období či zakončování studia. Ve většině případů pak nemoc znemožní úspěšné ukončení studia. Nedokončené studium pak takovému jedinci komplikuje jeho životní situaci, kupříkladu když se snaží zařadit se do pracovního procesu. Jsou tím také narušeny jeho sociální kontakty, což může vést k nežádoucí sociální izolaci.

V psychiatrické praxi se pro jednotlivé fáze nemoci užívá těchto odborných výrazů:

- premorbidní stadium (období před vypuknutím nemoci, mohou být přítomny latentní poruchy kognitivních funkcí, případně povahové zvláštnosti),
- prodromální stadium (nespecifické příznaky ohlašující příchod nemoci),
- progredientní stadium (ataky střídající se s ústupem příznaků),
- stadium stabilizace psychopatologie (zklidnění).

Je velmi důležité, v jaké fázi je nemoc podchycena. Vhodné období k prevenci nepříznivého průběhu nemoci je prodromální stadium. Pokud je již v tomto stadiu zahájena terapie, je její průběh klidnější, naneštěstí však prodromální příznaky často unikají pozornosti okolí a teprve první psychotická ataka přivede nemocného do kontaktu s psychiatrií. (Libiger, 2001, s. 237)

2.2.3 Etiologie schizofrenie

Jednoznačná etiologie (neboli původ onemocnění) není u schizofrenie známa. Teorií vzniku schizofrenních onemocnění je mnoho: dopaminová, virová, imunologická, genetická, rodinná a další teorie. V současné době se vznik schizofrenie vykládá jako vzájemné působení biologických a psychosociálních faktorů, které dohromady vytvářejí dispozici k vlastnímu onemocnění. Tato dispozice je specifická zvýšenou zranitelností a nadměrnou citlivostí jedince. O tom, zda se u tohoto jedince s dispozicí onemocnět schizofrenií tato duševní porucha opravdu projeví, rozhoduje hlavně to, jakým způsobem

se dokáže vypořádat se stresovými faktory. Dá se říct, že u každého člověka existuje stresový práh, který pokud je překročen, vede k rozvoji psychotických příznaků. U osob s dispozicí ke schizofrenii je tento stresový práh právě kvůli větší zranitelnosti výrazně snížen. Následně se může stát, že současný výskyt více stresových faktorů, které jsou samostatně zvládnutelné, vyvolá u lidí s dispozicí ke vzniku schizofrenie vzplanutí nemoci. (Doubek, Praško, Herman a Hons, 2008, s. 15–17)

Základním biologickým faktorem, který se může na propuknutí schizofrenie podílet, je dědičnost. Studie o dědičnosti schizofrenie prokázaly, že pokud toto onemocnění měl jeden z rodičů, je asi 10% pravděpodobnost, že jeho potomek ho bude mít také. Pokud měli oba rodiče schizofrenii, riziko nemoci dítěte se zvyšuje přibližně na 30–40 %. (Doubek, Praško, Herman a Hons, 2008, s. 15) Jedná se však stále pouze o vlohu k onemocnění schizofrenií, nikoli o onemocnění samotné.

Moderní medicína mluví o schizofrenii jako o následku narušení chemických pochodů v některých částech mozku. Problémem je porušení rovnováhy mezi chemickými látkami, které přenášejí nervové vzruchy mezi nervovými buňkami a zprostředkovávají tak komunikaci jednotlivých buněk. Jde o látky, kterým se říká neurotransmitery (neuropřenašeče), konkrétně v rozvoji schizofrenie hrají nejdůležitější roli dopamin a serotonin. U pacientů se schizofrenií byla shledána zvýšená činnost dopaminového systému. Při nadbytku dopaminu je současně přenášeno příliš velké množství informací. Mozková kůra je pak zahlcena a nedokáže informace roztrždit na důležité a nepodstatné. Zároveň také není schopna odlišit, odkud tyto informace přicházejí – zda z jiných částí mozku nebo zvenčí. Důsledkem nadbytku dopaminu pak může být například to, že nemocný nedokáže rozlišit vlastní myšlenky od toho, co slyší. (Doubek, Praško, Herman a Hons, 2008, s. 15–16)

Serotonin působí na impulzivitu, úzkost a emoční reakce. Dalšími neurotransmitery, které jsou v kontextu schizofrenie zmiňovány a bývají u osob se schizofrenií v nerovnováze, jsou glutamát, noradrenalin a kyselina gama-aminomáselná. (Mohr, 2003, s. 42–43)

Doubek, Praško, Herman a Hons upozorňují na důležitost psychosociálních faktorů. Za nejdůležitější považují vztahy v základní rodině, které mohou průběh celého onemocnění výrazně ovlivnit. Velmi podstatné je to pak v průběhu samotné léčby, protože pokud se podaří rodinu, příbuzné a ostatní blízké osoby zapojit do rehabilitačních programů, má to na léčbu pozitivní vliv. (2008, s. 16)

2.3 Léčba psychotických onemocnění

To, co je pro psychotická onemocnění společné, jsou jednak velmi podobné symptomy a jednak ve většině případů podobné léčebné přístupy. Velmi podstatné pro léčbu psychózy je její včasné odhalení. (Horáček et al., 2003, s. 13, 47)

Léčba psychotických poruch se liší podle fáze onemocnění, ve které se nemocný nachází. V akutních stavech je hlavní metodou podávání léků (antipsychotik), stejně tak je jich využito k zabránění relapsu (návratu) nemoci. V době zmírnění či vymizení symptomů je hlavní metodou léčby psychoterapie, socioterapie a trénink kognitivních funkcí. (Doubek, Praško, Herman a Hons, 2008, s. 23)

Léčba různých psychotických poruch se sice mírně odlišuje, nicméně hlavní metody a principy zůstávají stejné. Více odlišná je léčba schizoafektivních poruch (F25), u kterých je nutno léčbu zaměřit i na poruchy nálady, tzn. na deprese a manie (Horáček et al., 2003, s. 67). U všech psychóz obecně je však důležité brát v potaz, že každý pacient s touto nemocí má svůj vlastní specifický příběh a při terapii se musí vycházet právě z konkrétního kontextu jeho nemoci.

2.3.1 Farmakologická léčba psychotických onemocnění

Terapie většiny psychotických stavů je v první řadě založena na pravidelném podávání antipsychotik. Díky nim se pacientovo myšlení postupně uspořádává, symptomy jako jsou bludy a halucinace po čase ztrácejí na své naléhavosti a někdy mohou zmizet docela. Ideálně mohou antipsychotika nemocného dostat do stavu, kdy vymizí všechny psychotické příznaky a pacient je schopen kritického náhledu na svou nemoc. (Doubek, Praško, Herman a Hons, 2008, s. 25)

Antipsychotika můžeme rozdělit do dvou základních kategorií – antipsychotika 1. generace a antipsychotika 2. generace. Antipsychotika 1. generace (klasická nebo také typická antipsychotika) mají vliv na dopaminový systém, tím pádem se snaží zmírnit či úplně odstranit pozitivní příznaky schizofrenie (halucinace, bludy atd.). Tato klasická antipsychotika však kromě svého pozitivního vlivu na pacientův stav mohou mít i nežádoucí účinky. Jedná se např. o svalový třes, pocit ztuhlosti svalů, nechůť k pohybu, snížená mimika a gestikulace. (Doubek, Praško, Herman a Hons, 2008, s. 25)

Antipsychotika 2. generace neboli atypická antipsychotika, se snaží navrátit rovnováhu mezi dopaminový a serotoninový systém a působí tak na pozitivní i negativní příznaky. Do jisté míry jsou také schopna ovlivnit náladu. Oproti klasickým antipsychotikům způsobují méně nežádoucích účinků. (Mohr, 2003, 2008, s. 50–51)

Pravidelné užívání medikace je pro zdárnou léčbu velmi důležité. K tomu, aby byl pacient opět schopen samostatně fungovat v každodenním životě, však nestačí. Léčba by měla být komplexní záležitostí, která se zaměří na zmírnění všech dopadů nemoci. Podstatné také je, že léky je potřeba brát i po vymizení viditelných symptomů nemoci, jinak hrozí relaps. Ve chvíli, kdy pacient zvažuje, že přestane léky užívat, hraje velkou roli motivace a podpora zdravotníků, terapeutů a blízkých nemocného. (Doubek, Praško, Herman a Hons, 2008, s. 26–27)

2.3.2 Nefarmakologická léčba psychotických onemocnění

Cílem nefarmakologické léčby psychóz je předcházení relapsu a snaha vyrovnat se s dopady nemoci. Jedním z jejích významných úkolů je proto naučit nemocného zvládat stres, který se může objevit v různých životních situacích. Dalším dílčím cílem je podpora a usnadnění farmakologické léčby. Nefarmakologická léčba věnuje pozornost i pomoci se zajištěním adekvátního bydlení, financí, zaměstnání a zájmových aktivit nemocného. (Schizofrenie: Edukační program WPA, 2003, s. 105–106)

Edukační program WPA (2003, s. 105–106) uvádí tyto hlavní oblasti nefarmakologické léčby:

- psychoterapie,
- nácvik sociálních dovedností,
- edukační techniky (psychoedukace),
- rodinná terapie,
- a trénink kognitivních funkcí.

Dále se podle individuálních potřeb pacienta zařazuje do léčby sexuologické poradenství, nácvik zvládání zloby, úzkosti a deprese a další potřebná terapie. (Schizofrenie: Edukační program WPA, 2003, s. 105–109)

Důležitá je také volba terapeutického prostředí, ve kterém se léčba odehrává. Při výběru záleží na intenzitě příznaků nemoci, míře spolupráce pacienta, jeho sociální situaci a podpoře ze strany okolí. Nesmí se také zapomínat na samotné terapeutické možnosti a preference pacienta. Možnosti jsou kupříkladu tyto: hospitalizace na uzavřeném/otevřeném psychiatrickém oddělení, hospitalizace v denním stacionáři či v krizovém centru, pobyt v komunitním centru nebo návštěvy ambulance. Při vyšetření pacienta je nutné zvážit rovněž riziko případného suicidálního nebo agresivního jednání. Pokud je nemocný nebezpečný pro sebe nebo své okolí, je potřeba zajistit mu adekvátní bezpečné prostředí. (Mohr, 2003, s. 47) Hospitalizace na lůžkovém psychiatrickém oddělení umožňuje lékařům dohled nad dávkováním medikace, intenzivní kontakt s nemocným, doporučení psychoterapeutických aktivit a pracovní terapie. V akutní fázi onemocnění bývá proto častou volbou. (Doubek, Praško, Herman a Hons, 2008, s. 24)

Je vhodné zapojit do léčby i rodinu a blízké pacienta. Tito mohou mít jednak potřebu vlastní psychologické podpory v náročných situacích způsobených soužitím s nemocným a jednak je dobré vést je k větší toleranci vůči chování nemocných, které je ovlivněno příznaky nemoci. (Schizofrenie: Edukační program WPA, 2003, s. 108)

Psychoedukace a nácvik sociálních dovedností jsou (spolu s TKF) z pěti oblastí nefarmakologické léčby vymezených WPA zajímavé i z pohledu andragogiky. Psychoedukaci a nácvik sociálních dovedností nemusí vést jen vystudovaní psychiatři a psychologové (na rozdíl od individuální psychoterapie a rodinné terapie), do této části

léčby se teoreticky mohou zapojit i andragogové orientující se v oblasti psychotických onemocnění, budou proto v následujících odstavcích přiblíženy.

Psychoedukace se týká nejen nemocného, ale i jeho rodiny. Jejím cílem je vysvětlení podstaty a průběhu nemoci. Často kladené otázky jsou na téma možných a dostupných způsobů léčby. V rámci psychoedukace je potřeba klást důraz také na důležitost spolupráce všech zainteresovaných osob pro dobrý výsledek léčby. Například jestliže se díky psychoedukaci podaří omezit vyjadřování emocí v rodině, počet relapsů je výrazně snížen. V rodině pacienta by se měli co nejvíce vyhýbat vypjatým a negativním emocím. Upřednostňovány by měly být pozitivní emoce a zážitky, které následně spoluvytvářejí méně stresující rodinné klima, což napomáhá zvýšit úroveň mezilidských vztahů uvnitř i vně rodiny. (Schizofrenie: Edukační program WPA, 2003, s. 108) Nicméně i pozitivní zážitky mohou mít svou výraznou stresující stránku, které by se měl nemocný vyhýbat. Například svatba či narození potomka jsou většinou vnímány jako pozitivní životní události, ovšem přinášejí s sebou mnoho stresu, se kterým je potřeba se vyrovnat.

Široce používanou formou behaviorální terapie je nácvik sociálních dovedností. Jedná se o nácvik interpersonálních dovedností, jakými jsou např. schopnost vedení konverzace, navázání přátelství, ale i hledání zaměstnání nebo rozšiřování rekreačních aktivit. Snaží se dovést pacienta k větší adaptabilitě a nezávislosti. Často se tento nácvik provádí formou skupinové terapie. Není možné tento nácvik uskutečnit, pokud je pacient v akutní fázi nemoci, jelikož bludné myšlení by narušovalo tuto metodu léčby a ubíralo nemocnému energii. Skupinový nácvik sociálních dovedností probíhá například v „domech napůl cesty“ a chráněných dílnách, které mohou být významným zdrojem podpory ukončení hospitalizace. (Schizofrenie: Edukační program WPA, 2003, s. 105–108)

Nezbytné je, aby léčba byla kontinuální. Kombinovaný efekt farmakologických a nefarmakologických přístupů po ukončení léčby nepřetržuje. Jde po čase postupně snižovat dávku léků a frekvence návštěv psychoterapeuta, ovšem je potřeba myslet na to, že i když to v jeden moment vypadá, že odborná pomoc již není potřeba, záhy může nastat situace, kdy bude vhodné ji opět vyhledat. Kupříkladu může být

intenzivnější podpora potřebná v obdobích významných životních událostí nebo při výskytu vracejících se příznaků nemoci. (Schizofrenie: Edukační program WPA, 2003, s. 109)

2.4 Dopady psychotických onemocnění

Psychotická onemocnění mají velký vliv na celý život pacienta. Podle WHO představují duševní poruchy celkově pro evropský region druhou největší zdravotně sociální zátěž. Z tohoto důvodu je nutné považovat jejich význam a dopad jako celospolečensky závažný problém. (Zvoníková, 2008)

Schizofrenie, která je poměrně častým onemocněním, se v roce 2001 řadila mezi deset celosvětově nejzávažnějších zdrojů pracovní neschopnosti. Tato nemoc je vážná mimo jiné proto, že se vyskytuje již v mladém věku. Její začátek se objevuje většinou mezi 15. a 35. rokem, přičemž minimálně v polovině případů začne již před 25. rokem. Ženy i muže postihuje přibližně stejně často, u mužů však začíná v průměru o několik let dříve. (Libiger, 2001, s. 241)

Dopady psychotických onemocnění značně ovlivní život nemocného i jeho rodiny. Mezi dopady řadíme i deficit kognitivních funkcí, kterému byla věnována kapitola 1. Dále se mezi důsledky nemoci řadí celá řada skutečností. Zde si uvedeme čtyři nejvíce alarmujícími a v odborné literatuře nejčastěji zmiňované dopady psychotických onemocnění, a těmi jsou sociální izolace, nemožnost uplatnění se na trhu práce, stigma a sebevražedné myšlenky. Těmto závažným dopadům psychotických onemocnění jsou věnovány následující stránky. Otázka, zda mohou být některé dopady onemocnění zmírněny díky TKF, je (mimo jiné) předmětem empirického šetření, které je popsáno ve čtvrté kapitole.

2.4.1 Sociální izolace a problematika uplatnitelnosti na trhu práce

Psychotická onemocnění zpravidla vedou ke ztrátě zaměstnání a snižují způsobilost nemocného plnit role a funkce ve společnosti i zaměstnání. Častým řešením je navržení částečného či plného invalidního důchodu. Mohlo by se zdát, že plná invalidizace je

celkem bezpečné řešení situace nemocného, ale toto řešení může vést k následné pasivitě a časem i k úplné ztrátě aktivních vztahů s okolním světem, tedy k sociální izolaci. (Libiger, 2002, s. 397)

Vynést rozhodnutí ohledně dočasné či úplné pracovní neschopnosti u osob s duševní poruchou je velmi náročné. Je nutné pečlivě zhodnotit stav psychiky jedince, určit přesnou diagnózu, posoudit dynamiku choroby a určit její prognózu. (Zvoníková, 2008)

Duševní nemoci se v roce 2001 v České republice umístily na třetím místě jako příčina částečného invalidního důchodu a na čtvrtém místě jako příčina plného invalidního důchodu. Po roce 2000 se odborníci shodli na tom, že duševní poruchy (spolu s poruchami chování) začínají mít charakter epidemie, nabírají tedy na celospolečenské závažnosti a ekonomické významnosti pro zdravotní i sociální systémy. (Zvoníková, 2008)

Kognitivní deficit může být dalším významným faktorem, který způsobuje sociální izolaci, neschopnost získání práce a zvýší pravděpodobnost další ataky psychózy. Například pokud má nemocný deficit verbální fluence (slovní plynulosti) způsobuje mu to zábrany a obtíže v běžné komunikaci. V rozhovorech se proto cítí nepohodlně a začíná se komunikaci obecně vyhýbat. (Benešová a Nondek, 2011, s. 34)

Pokud je u jedince s psychotickým onemocněním rozhodnuto o částečné či plné invalidizaci, je vhodné mu vysvětlit, že invalidní důchod neznamena konečný soud o jeho schopnostech a lidské hodnotě. Je důležité obeznámit ho s možností tzv. „pracovního pokusu“ a spolu s ním vypracovat plán postupné sociální a pracovní rehabilitace. Cílem takového plánu by mělo být opětovné získání pracovní způsobilosti. (Libiger, 2002, s. 397)

Mezičlánkem, který může návratu pracovní způsobilosti napomoci, je pracovní terapie. Tento druh terapie umožňuje nemocnému vnímat svou perspektivu a zvýšit mu sebevědomí. Během pracovní terapie se získávají a upevňují různé kreativní a rekreační dovednosti. Kromě pracovní terapie je vhodné podpořit osoby s psychotickým onemocněním v dalším vzdělávání a rozvoji, které může jednak napomoci porušit sociální izolaci jedince a zároveň zvýšit jeho uplatnitelnost na trhu práce. (Libiger, 2002, s. 395)

V kapitole 4 je v empirickém šetření zkoumáno, zda a jak může kognitivní deficit souviset s uplatněním se na trhu práce. Toto šetření je mimo jiné zaměřeno na otázku, zda může TKF pomoci v opětovném nástupu do zaměstnání.

Kazuistika, kterou vypracovali Benešová a Nondek, dokazuje, že získání práce může osobě s psychózou umožnit zažít pocit nezávislosti a užitečnosti, a díky tomu může dojít k celkovému pozvednutí nálady. Zlepší se tak samostatné fungování jedince. V této kazuistice vedlo získání práce k tomu, že si nemocná Maja ve výsledku lépe rozuměla s ostatními lidmi, cítila se spokojenější a vzrostla její sebedůvěra. Důležitým aspektem získání práce pro ni bylo, že se stala téměř finančně nezávislou. (Benešová a Nondek, 2011, s. 55, 59, 64)

2.4.2 Stigma

Slovo stigma pochází z řečtiny, původně se jednalo o „cech vypalovaný otrokům v tesálských dolech“ (Libiger, 2002, s. 398). V kontextu duševních onemocnění jde o předsudky týkající se toho, co znamená, když někdo trpí duševní poruchou. Většina lidí bohužel stále žije v domněnku, že tato nemoc je nevyléčitelná a že ti, kteří jsou jí stíženi, patří do „blázince“, kde by měli být na celý život zavřeni. Společnost má tendenci izolovat tyto „šílence“ a uvěřit předsudkům, které vycházejí ze stereotypu. Lidé s psychotickým onemocněním jsou pokládáni za neschopné, nevypočitatelné a nedůvěryhodné. Toto stigma bere nemocným jejich sebedůvěru a může zhoršit jejich vztah s odbornými pracovníky, kteří se jim snaží pomoci. (Libiger, 2001, s. 244–245)

V běžné populaci je ohledně duševních onemocnění stále málo informací a zvláště o schizofrenii kolují mýty, které mohou způsobit bludný kruh odcizování. Stigmatizování jsou nejen nemocní, ale často také jejich příbuzní. Důsledkem stigmatizace může být následná sociální izolace a neschopnost najít si zaměstnání. To vše může mít za příčinu zvýšené užívání alkoholu či drog a bezdomovectví. Všechny tyto dopady snižují šance na vyléčení a naopak zvyšují pravděpodobnost relapsu nemoci. (Doubek, Praško, Herman a Hons, 2008, s. 37)

Existuje mnoho případů, kdy nemocný oddaluje vyhledání odborné pomoci právě kvůli strachu ze stigmatizace (Zvoníková, 2008). Tím, že si nemocný připustí své onemocnění, musí akceptovat to, že bude považován za nesvéprávného, hloupého a potenciálně nebezpečného (Libiger, 2001, s. 245). Přijmout takovéto označení je velmi nelehké, nemocní proto mnohdy nevyhledají psychiatrickou péči včas.

2.4.3 Sebevražedné myšlenky

V podstatě nejzávažnějším dopadem psychotických onemocnění je sebevražda. Osoby trpící schizofrenií umírají dříve než zdraví jedinci z různých příčin, které jsou přímo či nepřímo spojeny s jejich onemocněním. Libiger (2002, s. 342) uvádí, že u nemocných schizofrenií se „riziko sebevraždy (...) v prvních 10 letech onemocnění odhaduje mezi 20–40 %, celoživotně se pohybuje okolo 2–4 %“.

Riziko sebevraždy, pokusu o sebevraždu či sebezabití je tedy u osob s psychózou oproti zdravé populaci vyšší. Sebezabití je smrt při jednání, které nemělo za cíl ukončení života, mohlo by se jednat například o pád z okna, ze kterého jedinec dobrovolně vykročil, protože byl bludně přesvědčen, že je schopen létat. Při podezření na sebevražedné myšlenky je nezbytné okamžitě vyhledat odbornou pomoc či člověka, kterému nemocný důvěřuje a který za něj odbornou pomoc kontaktuje. (Doubek, Praško, Herman a Hons, 2008, s. 58)

Tímto nejzávažnějším dopadem je zakončena kapitola o psychotických onemocněních. Dále je text této práce věnován TKF pro osoby s touto nemocí, jejichž zdravotní stav je již stabilizován. Následující kapitola se tedy zabývá specifiky TKF, například rozdílnými přístupy k tréninku, didaktickými aspekty a efektem tréninku.

3 Specifika tréninku kognitivních funkcí pro osoby s psychotickým onemocněním

Tato kapitola je zaměřena na specifika TKF pro osoby s psychotickým onemocněním. Dříve než se těmito specifiky bude text práce zabývat, je vhodné uvést význam pojmu trénink a stručně pojednat TKF nejen pro osoby, kterým byla diagnostikována psychóza.

Scott a Marshall definují trénink jako přípravu na konkrétní úkol nebo roli podle přidělených instrukcí. Podle jejich definice se jedná o způsob učení člověka či zvířete, který má za cíl naučit je konkrétní dovednosti či způsoby chování. (Scott a Marshall, 2009, s. 767)

Palán trénink popisuje jako praktické osvojování si dovedností. Opakováním dovedností (tréninkem) se postupně vytvářejí návyky, které umožní aplikovat vědomosti do praktického výkonu činnosti. Tréninkem se tedy myslí praktická příprava na vykonávání určité činnosti. (Palán, 1997, s. 124–125)

TKF tedy znamená opakované procvičování kognitivních funkcí vedoucí k zlepšení těchto funkcí, případně nahrazení oslabených funkcí kompenzačními technikami (viz 3.1 Restorativní a kompenzační model tréninku kognitivních funkcí). Trénovat kognitivní funkce mohou všichni, kdo mají zájem tyto funkce zlepšovat a rozvíjet. Pro mladé osoby se jedná většinou o preventivní cvičení, aby se jejich koncentrace a paměť s ubývajícím věkem zhoršovala co nejméně. V pozdějším věku je vhodné kognitivní funkce procvičovat, protože činnost mozku se postupně oslabuje a dochází k častějšímu zapomínání atd.

TKF se však v praxi z velké části zaměřuje na osoby, kterým nemoc či úraz kognitivní funkce oslabila. TKF je proto součástí léčby například pro pacienty po úrazech mozku, kterých je v posledních letech stále více. Pravděpodobným důvodem nárůstu vážných úrazů je to, že se objevuje stále více zranění v důsledku dopravních nehod a riskantních sportů a zároveň se postupně zvedá kvalita a dostupnost lékařské péče v případech akutního ošetření, což má za následek vyšší počet pacientů, kteří přežijí i velmi těžké

úrazy. Nemoci, které oslabují kognitivní funkce, jsou vedle psychotických onemocnění hlavně demence, Parkinsonova nemoc, Huntigtonova choroba, cévní mozkové příhody, epilepsie a další choroby. (Preiss, 1998, s. 130, 160, 172, 181 a 194)

TKF jako druh léčby pro pacienty s psychotickým onemocněním se vyvinul již na počátku 90. let minulého století, je to však relativně nedávno, co byla v odborné literatuře popsána jeho definice. Tato definice vznikla v roce 2010 a na jejím formulování se podíleli účastníci tzv. CREW (The Cognitive Remediation Experts Workshop). CREW byl workshop předních odborníků zabývajících se TKF, kteří trénink kognitivních funkcí zaměřený na osoby s psychotickým onemocněním popsali jako intervenci založenou na nácviku sociálních situací a tréninku. Cílem této intervence je zlepšit kognitivní funkce účastníků TKF, a to ideálně s trvalým efektem a možností přenosu do reálného života účastníků. (Wykes a Spaulding, 2011, s. 84)

TKF si také klade za cíl usnadnit svým účastníkům návrat do běžného života. Nejvíce se zaměřuje na uplatnění účastníků na trhu práce a dále na zvýšení šancí v úspěšném pokračování ve vzdělávání, případně návratu na střední či vysokou školu, bylo-li účastníkově studium přerušeno psychózou. (Green Doors, 2015; Modré dveře, 2012; Národní ústav duševního zdraví, 2015a)

V této práci je na TKF pro osoby s psychotickým onemocněním nahlíženo jako na intervenci založenou na tréninku jednotlivých deficitních oblastí, které byly vymezeny v podkapitole 1.1 Kognitivní deficit. Mimo trénování jednotlivých oslabených kognitivních funkcí je během TKF věnována část pozornosti i metakognitivním strategiím, které mohou osobám s psychotickým onemocněním pomoci s kompenzací jejich kognitivního deficitu. Tyto strategie jsou dále vysvětleny v podkapitole 3.2.

Následující stránky popisují specifika TKF pro osoby s psychotickým onemocněním. Věnují se rozdílným přístupům k tréninku, jako je například rozlišení na restorativní a kompenzační model nebo na individuální a skupinový trénink. Dále se tato kapitola zabývá didaktickými aspekty TKF. Důležitou částí, která je uvedena na závěr kapitoly, je efekt TKF a možnosti přenosu získaných dovedností do každodenního života nemocných.

3.1 Restorativní a kompenzační model tréninku kognitivních funkcí

Jedno z možných rozlišení přístupů k TKF je rozdělení na restorativní a kompenzační model. V rámci restorativního modelu se trénují ty kognitivní funkce, které byly nemocí oslabeny. Jedná se o systematický trénink určité funkce. Oproti tomu kompenzační přístup se snaží deficitní oblasti obejít a učí používat rozličné strategie či pomůcky, které pomohou k úspěšnému řešení problémů, ačkoli kognitivní funkce, na kterou je úloha zaměřena, není příliš rozvinuta. (Ben-Yishay a Diller, 1993, s. 206)

I ve vzdělávání dospělých se hovoří o jeho kompenzační funkci. Např. Palán (2002, s. 98) používá pojmy přímá a nepřímá kompenzace. V Palánově pojetí přímá kompenzace odpovídá kompenzační strategii a nepřímá kompenzace strategii restorativní.

Restorativní model v TKF dlouhou dobu dominoval. Bellack a další psychologové se však kloní spíše na stranu kompenzační teorie (Bellack, Gold a Buchanan, 1999, s. 260). Rodriguez uvádí, že restorativní model se svým opakovaným procvičováním je účinný hlavně při rehabilitaci pozornosti, naopak kompenzační přístup je vhodný například při oslabeném výkonu paměti. Příkladem pomůcek ke kompenzaci špatného výkonu paměti by mohlo být využití hodinek, alarmů, kalendářů, zápisníků a dalších pomůcek. (Rodriguez, 2006, s. 340–341)

Většina kritiky TKF je zaměřena na restorativní model. V tomto modelu je jen omezený dopad na zlepšení fungování v reálném životě, protože pozitivní efekt TKF se projeví jen v jedné omezené konkrétní oblasti kognitivních funkcí. Kompenzační model se věnuje více metakognitivním technikám, které pak usnadní řešení více různých úkolů. (Ben-Yishay a Diller, 1993, s. 206–207)

3.2 Metakognice

Součástí kompenzačního přístupu k rehabilitaci kognitivních funkcí je rozvoj metakognice. Koren spolu s dalšími autory (2006, s. 313) metakognici popisuje jako příležitost, jak poznat možnosti svého poznání. Wykes a Spaulding hovoří o metakognici

jako o kognici, která se zaměřuje na vlastní poznávání jedince. Důraz kladou na rozvoj pochopení abstraktních principů, které jedinec použije při řešení zadané úlohy. Tyto principy jsou pro ně často důležitější, než samotný výsledek úlohy. (Wykes a Spaulding, 2011, s. 83) Jedná se tedy o to, co člověk ví o vlastních poznávacích schopnostech, a zda je schopen alespoň přibližně předpovědět svůj skutečný výkon. Sledují se dva důležité aspekty metakognice. Zaprvé subjektivní hodnocení svých kognitivních funkcí a zadruhé způsob, jakým je chování jedince ovlivněno díky hodnocení (zpětné vazbě) od někoho druhého. Metakognitivní schopnosti se mohou měnit nezávisle na rozvoji kognitivních funkcí, ovšem mají pak významné pozitivní důsledky pro fungování v reálném životě. Metakognitivní teorie předpokládá, že jedinec může dostát požadavkům svého okolí i při nižší úrovni kognitivních funkcí, ovšem za pomoci rozvinutých metakognitivních strategií. (Koren et al., 2006, s. 313)

Příkladem nerozvinutých kognitivních funkcí, které lze kompenzovat metakognitivní strategií, by mohla být situace, kdy je jedinec vyslán na nákup a je mu nadiktován seznam položek, které má nakoupit. Ačkoli položek není mnoho, jedinec si uvědomí, že si pravděpodobně nebude schopen nákup zapamatovat, a proto si napíše seznam. Přestože paměť dotyčného jedince nefunguje vždy spolehlivě, je schopen si to uvědomit a následně využít naučenou kompenzační pomůcku, která mu umožní nákup uskutečnit.

Benešová a Nondek uvádí jako jednu z charakteristik TKF v pražském zapsaném ústavu Green Doors jeho inklinaci ke kompenzačním a metakognitivním strategiím. Již od počátku tréninku se s účastníky soustředí na spolehlivý výkon a předcházení chybám. Učí účastníky plánovat si jednotlivé kroky, tyto kroky poté přehodnocovat a umět se případně poučit z vlastních chyb. Za důležitý je při tréninku považován náhled na vlastní schopnosti, který Benešová a Nondek zjišťovali například za pomoci otázek na účastníkův odhad úspěšnosti, délku trvání zadaného úkolu a následnou zpětnou vazbu k těmto odhadům. (Benešová a Nondek, 2011, s. 36, 38)

3.3 Skupinový a individuální trénink kognitivních funkcí

Před přípravou programu TKF je potřeba učinit důležité rozhodnutí, zda bude trénink probíhat skupinově nebo individuálně. Je to jeden z otázek, který nad TKF visí, jaká z těchto variant, zda skupinová či individuální, je pro osoby s psychotickým onemocněním efektivnější. V odborné literatuře lze najít různá pro a proti, vždy také záleží na konkrétních podmínkách organizace, která TKF uskutečňuje. Rozhodnutí, zda bude trénink skupinový či individuální, ovlivňuje celá řada faktorů, z pohledu organizace se může jednat například o finanční, personální nebo jiné podmínky organizace (Wykes et al., 2003, s. 172–173).

Z pohledu andragogiky je výhodou individuálního učení například skutečnost, že je možné vytvořit vzdělávací program účastníkům „na míru“. Lze vyjít z jejich potřeb, možností a stávající úrovně a je v této formě přijatelné měnit vzdělávací program podle tempa účastníka tréninku. Skupinový trénink má ve vzdělávání dospělých výhody, které jsou zapříčiněny právě přítomností více účastníků na tréninku. Jednou z těchto výhod je sociální facilitace, která zvyšuje výkon účastníků. Ti se snaží dosáhnout v totožné činnosti přinejmenším stejného úspěchu jako ostatní a to je motivuje k lepším výsledkům, než kterých by dosáhli, pokud by byli sami. Pozitivní vliv zde také má nápodoba, soutěživost a vzájemná spolupráce. (Palán, 1997, s. 48, 107)

Benešová a Nondek preferují v TKF individuální přístup, který umožňuje flexibilněji reagovat na konkrétní potřeby a obraz kognitivního deficitu jednotlivců. Za výhodu považují také usnadnění poskytování bezprostřední cílené zpětné vazby. Tento přístup umožňuje učit nemocného jedince různé metakognitivní strategie a uplatňovat zásadu bezchybného učení (viz 3.2 Metakognice a 3.4 Aspekty tréninku kognitivních funkcí). Skupinovému tréninku však také neupírají jeho přednosti. Za tu nejdůležitější považují možnost setkávání pacientů, což může být pro jednotlivce velkým motivačním prvkem. Skupina umožňuje zažít pocit sounáležitosti, poskytuje příležitost ke komunikaci, spolupráci a vzájemné podpoře. (Benešová a Nondek, 2011, s. 34–35)

Wykes spolu s dalšími autory zmiňuje jako výhody individuálního přístupu možnost zajistit optimální studijní prostředí pro jednotlivé účastníky tréninku, kteří se od sebe liší svými schopnostmi a v návaznosti na to mají i jiné vzdělávací potřeby. (Wykes et al., 1999, s. 292) V pozdější studii Wykes spolu s kolektivem autorů (2003, s. 173) uvádí, že významnou výhodou skupinového tréninku je fakt, že tato forma je méně náročná na spotřebu finančních prostředků organizace a na čas vzdělavatelů.

TKF může být velmi úzce propojen i s dalšími druhy nefarmakologické léčby, například s nácvikem sociálních dovedností. Během nácviku sociálních dovedností se pracuje ve skupině, pokud je tedy TKF s tímto nácvikem propojen, pak i on probíhá jako skupinový. Důvod využití skupiny při nácviku sociálních dovedností je ten, že se díky ní mohou nacvičovat různé modelové situace a příklady mezilidské interakce. Tyto modelové situace jsou neúčinnější, odehrávají-li se ve skupině. (Schizofrenie: Edukační program WPA, 2003, s. 107)

Argumentů, zda zvolit skupinovou či individuální formu tréninku, není v odborné literatuře k nalezení mnoho. Proto se tato práce bude v empirickém šetření, jehož výstupy jsou popsány v kapitole 4, mimo jiné zabývat výhodami a nevýhodami skupinového a individuálního tréninku z pohledu účastníků.

3.4 Didaktické aspekty tréninku kognitivních funkcí

TKF je přímou formou vzdělávání, ve které se vzdělavatel a účastník vzdělávání (v tomto případě pacient s psychotickým onemocněním) musí fyzicky setkat. Tato forma vzdělávání se zakládá na přímém partnerském vztahu vyučujícího a účastníka. Tento vztah je pro TKF (stejně jako pro další vzdělávací aktivity) velmi významný a musí být založen na vzájemné důvěře. (Mužík, 2004, s. 56)

TKF v různých organizacích se liší v délce trvání i v intenzitě. Prozatím nejsou pro tyto parametry TKF odborníky vytvořena žádná závazná doporučení, každá organizace si je tedy stanovuje sama podle sebe. (Wykes a Spaulding, 2011, s. 85)

3.4.1 Didaktické zásady tréninku kognitivních funkcí

Během TKF by měly být dodržovány klasické didaktické zásady (neboli principy), mezi něž patří například princip názornosti, přiměřenosti, trvalosti, soustavnosti a propojení s praxí. Princip názornosti využívá předmětů, ilustrací, animací, simulací, rozličných vizualizačních technik a případně i předvedení činnosti. Přiměřeností rozumíme požadavek, aby tréninkový plán odpovídal schopnostem a úrovni účastníka tréninku. (Mužík, 2004, s. 66–67)

Jak uvádí Benešová a Nondek (2011, s. 45), přiměřenost je u TKF velice významná a může mít zásadní vliv na motivaci osoby s psychotickým onemocněním. Jelikož je tato zásada pro přístup k těmto osobám velmi specifická, je jí věnována pozornost v samostatné části zásad nazvané Bezchybné učení a zóna nejbližšího vývoje.

Dodržováním principu trvalosti se dosahuje toho, aby nabyté dovednosti byly trvale uloženy v paměti a bylo možné si je podle aktuální potřeby vybavit a použít. Princip soustavnosti zajišťuje logické uspořádání a strukturu tréninkového plánu. (Mužík, 2004, s. 67–68)

Jako okrajový princip zmiňuje Mužík (2004, s. 68) poskytování zpětné vazby, nicméně dále tento princip nerozebírá. Jelikož odborníci na psychotická onemocnění (Látalová a Praško, 2012, s. 39–40) uvádí, že efektivní a obratná komunikace, která zahrnuje jasně formulovanou zpětnou vazbu, je v kontaktu s osobou trpící psychózou zásadní, bude tento princip podrobněji popsán v samostatné části tohoto oddílu.

Bezchybné učení a zóna nejbližšího vývoje

Tato část se věnuje zásadě bezchybného učení, která velmi úzce souvisí s pojmem zóna nejbližšího vývoje. V TKF odpovídá naplnění této zásady dodržení principu přiměřenosti.

Jak uvádí Mužík (2004, s. 67), je nezbytné, aby vzdělavatel znal úroveň dovedností a vědomostí účastníků a na ty poté navazoval s odpovídajícím vzdělávacím plánem. V TKF jsou dovednosti účastníků zjištěny na začátku tréninku během úvodní diagnostiky.

Následně je vhodné využít v tréninku zásady bezchybného učení k postupnému získávání a upevňování nových dovedností, které navazují na jedincovu úroveň. Za pomoci bezchybného učení se jedinec učí provádět kognitivní úlohy s co nejmenší pravděpodobností výskytu chyby. To znamená, že je mu poskytnuta přiměřená pomoc pro všechny kroky potřebné k dokončení úkolu. Tato pomoc může přijít jak ze strany vzdělavatele, tak vychází i ze samotného zadání úlohy. Například to znamená, že úkol je sestaven od konečného výsledku po začátek, jeho řešitel tak může sledovat postup jednotlivých kroků řešení a poučit se z něj. Při dalším opakování této úlohy ji její řešitel pravděpodobně zvládne již bez této pomoci. Jiným příkladem je situace, kdy je zadána úloha s velmi dlouhým časovým limitem na její splnění. Tento čas se následně spolu se zrychlujícím se výkonem jedince zkracuje. (Wykes a Spaulding, 2011, s. 85)

Pomoc při učení je tedy účastníkovi tréninku postupně poskytována méně a méně v závislosti na jeho zlepšujících se dílčích schopnostech. Účastník si je tak svými schopnostmi jistější, a je proto i méně závislý na vzdělavateli či na zjednodušeném zadání úloh. Obecně platí, že při využívání bezchybného učení je snaha, aby chybovost byla co nejnižší. Obvykle se TKF snaží držet limit úspěšnosti v úlohách nad 80 %. (Wykes a Spaulding, 2011, s. 85)

Bezchybné učení využívá také východisek Lva Vygotského. Sternberg ve své knize přikládá tomuto ruskému psychologovi velký význam v oblasti kognitivního vývoje. Jeden z termínů, jehož je Vygotskij autorem, je zóna nejbližšího vývoje. Je v ní zdůrazňován význam potenciálu, kam se člověk může rozvinout, ovšem podněty k tomuto rozvoji nesmí jít mimo hranice aktuálně dosažitelných možností. Ideální je tedy najít k rozvoji takové dovednosti, které se člověk již přirozeně začíná učit a je schopen si je s pomocí někoho dalšího osvojit. Tato pomoc je podle Vygotského vhodná v podobě návodných rad vzdělavatele, který dialogem s účastníkem výuky pomáhá zvládnout daný úkol (Sternberg, 2002, s. 481–483). Je to účinné proto, že schopnosti, kterých může člověk

dosáhnout sám, jsou na mnohem nižší úrovni než schopnosti, které rozvíjí společně s někým druhým. Z výše zmíněného plyne, že pouze díky sociální interakci ve vzdělávání se může jedinec plně rozvinout (Hartl a Hartlová, 2000, s. 706). Pokud se z rad a pomoci od druhého stane ponaučení pro příště, je možné se samostatně rozvinout dál. Zóna nejbližšího vývoje je tedy rozpětí mezi aktuální a latentní (potenciální, ale dosud neprojevenou) úrovní vývoje. (Sternberg, 2002, s. 481–483)

V 80. letech 20. století navázal na koncept zóny nejbližšího vývoje americký psycholog Jerome Bruner (1896–1934). Od něj pochází pojem „scaffolding“ (v české literatuře je používán termín „lešení“). (Sladkovská, 2010) Lešení je technika učení, ve které je složitost jednotlivých úkolů odvozena od stávající úrovně jedince. Zadaný úkol by neměl být příliš lehký, naopak by měl od vzdělávaného vyžadovat určité úsilí, ovšem zároveň by neměl být za hranicí zvládnutelnosti. Tato technika postupuje z jedné úrovně na druhou a stejně jako u zóny nejbližšího vývoje je pro ni důležitý dialog mezi vzdělavatelem a vyučovaným. (Wykes a Spaulding, 2011, s. 85) Technika lešení dodržuje princip přiměřenosti a je využívána v rámci bezchybného učení.

Z výzkumů Wykese vyplývá, že u pacientů s psychotickým onemocněním, kteří se díky TKF zlepšili v kognitivních funkcích, bylo zaznamenáno také zvýšení jejich sebevědomí. Na druhou stranu těm, u kterých nebyl žádný pokrok prokázán, se sebevědomí dokonce snížilo. To naznačuje, že léčba by měla postupovat po malých krocích tak, aby si účastníci mohli dobře uvědomovat účinnost léčby, vlastní zlepšení se. Tyto malé kroky pacientů jsou také důležité pro vzdělavatele, který tak může lépe sledovat průběh léčby a následný trénink tomu přizpůsobovat. (Wykes a Spaulding, 2011, s. 86) Zvýšení sebevědomí účastníků TKF tedy můžeme docílit dodržováním zásady bezchybného učení a techniky lešení. Účastníkovy síly nejsou díky nim přeceněny a za svůj výkon je odměněn úspěchem. Mužík (2004, s. 47) při zdůrazňování významu přiměřenosti dodává tuto myšlenku: „Prožitek z úspěchu v učení je důležitým motivem pro výuku dospělých.“

Zpětná vazba

Jak již bylo dříve zmíněno v části věnované metakognici (viz podkapitola 3.2), jedním z jejích dvou podstatných aspektů je to, jakým způsobem jedinec upravuje své chování

díky zpětné vazbě od někoho jiného. Dodržování zásady poskytování zpětné vazby je velmi důležité nejen v metakognici, ale provází v podstatě jakýkoli vzdělávací proces. Je nezbytné, aby vzdělavatel uměl zpětnou vazbu správně použít a dal vzdělávanému nezraňujícím způsobem najevo, co by mohl změnit a co naopak upevnit ve svém chování a při řešení různých úkolů. Benešová a Nondek považují poskytování zpětné vazby za jeden ze základních úkolů vzdělavatelů, kteří vedou TKF pro osoby s psychotickým onemocněním (Benešová a Nondek, 2011, s. 58). Principu dodržování zpětné vazby je proto věnována tato samostatná část.

Také Palán přisuzuje zpětné vazbě ve vzdělávání velký význam, považuje ji za rozhodující prvek v komunikaci mezi vzdělavatelem a účastníkem vzdělávání. Zpětnou vazbu v tomto případě definuje jako „informace, které jsou získávány pro optimální řízení vyučovacího (vzdělávacího) procesu. Může být bezprostřední – kontinuální (interakce učitel – žák ve vyučovacím procesu) nebo opožděná (písemné práce, zkoušky).“ (Palán, 2002, s. 247)

U pacientů s psychotickým onemocněním je důsledné poskytování zpětné vazby velmi významné, jelikož jejich sebepojetí je často pokřiveno a špatně formulovaná zpětná vazba toto křehké sebepojetí může narušit. Je třeba dbát na psychickou bezpečnost pacientů a negativní zpětnou vazbu jim poskytovat šetrně a věcně (Látalová a Praško, 2012, s. 40–41).

Jak upozorňuje Švec, správně formulovaná zpětná vazba vede k utváření zdravého sebeobrazu jedince. Švec se konkrétně věnuje bezprostřední komunikační zpětné vazbě, o které se někdy také hovoří jako o sociální, protože se věnuje mezilidské komunikaci. (Švec, 2007, s. 21) Tento druh komunikační zpětné vazby je zaměřen na chování osob a je velmi efektivním nástrojem, který může být uplatněn v komunikaci s pacienty s psychotickým onemocněním, je tedy vhodné podívat se na něj detailněji.

Švec rozlišuje pozitivní a negativní zpětnou vazbu. Cílem pozitivní zpětné vazby je informovat jedince, že je jeho chování během komunikace druhé straně příjemné a ta si proto přeje, aby nebylo měněno. Naopak negativní zpětná vazba je užívána tehdy, když jedinec dělá věci, které jsou druhé straně nepříjemné, a ta proto chce, aby bylo toto jedincovo chování korigováno. Podstatou zpětné vazby podle Švece je buď vyvolat

u druhého změnu, nebo posílit u něj určité chování. Jedná se tím pádem o pokus o úpravu chování druhé osoby. (Švec, 2007, s. 35)

Efektivní zpětná vazba by měla mít dvě části. První z nich je co nejkonkrétnější a nejpřesnější popis chování druhého, které chce poskytovatel upevnit či změnit. Druhá část je pojmenování toho, co chování druhého v poskytovateli vyvolává (emoce či pocit). Zpětnou vazbu je vhodné poskytovat i do budoucnosti. (Švec, 2007, s. 20) Příkladem zpětné vazby pro budoucí situace je věta: „Udělovalo by mi radost, kdybys přišel přesně na čas, který jsme si domluvili.“

U osob s psychotickým onemocněním je potřeba dávat pozor i na to, aby byla zpětná vazba poskytována pouze k takovému chování, které může ten druhý opravdu změnit. Švec uvádí jako příklad neúčinné zpětné vazby takovou, která by byla vztažena např. ke koktání. Ideální je využít kontinuální zpětnou vazbu, tedy takovou, která je použita co nejdříve poté, co se chování, které je žádáno regulovat, u druhého vyskytlo. Někdy také může být efektivní zpětnou vazbu nedávat, ale chtít po jedinci, aby si ji dal sám, tím pádem dojde k sebereflexi. (Švec, 2007, s. 23)

3.4.2 Didaktické fáze tréninku kognitivních funkcí

Na začátku TKF je nutné provést úvodní diagnostiku nemocného, ze které jsou zjištěny deficitní oblasti kognitivních funkcí. Na jejich základě a s přihlédnutím k požadavkům pacienta je sestaven tréninkový plán, ve kterém jsou stanoveny realistické cíle. Tyto cíle pak pomohou celý následující trénink připravit, realizovat a kontrolovat jeho účinnost. Tréninkový plán, respektive jeho užitečnost a náročnost, je v průběhu celého TKF ověřován a podle potřeby přizpůsobován aktuální situaci. Na konci TKF jsou jeho cíle za pomoci závěrečné diagnostiky zhodnoceny. (Benešová a Nondek, 2011, s. 34, 58–60)

První fází v didaktickém procesu tréninku by měla být fáze motivační. Motivaci mohou zajistit například vzdělávatelovy příklady z praxe, jak využít získaných dovedností. Tyto příklady mohou zvýšit jedincův zájem o obsah tréninku, jelikož si začne uvědomovat jeho důležitost. K motivaci je dále důležitá partnerská a přátelská atmosféra mezi vzdělávatelem a účastníkem tréninku. Pokud je vzdělávatel v dobré náladě a staví se

k obsahu tréninku s entusiasmem, může to mít silný motivační účinek. (Mužík, 2004, s. 50–51)

Motivační fázi by měla následovat fáze získávání dovedností a z nich plynoucích návyků. V první části této fáze jsou dovednosti vytvářeny a následně jsou v druhé části postupným opakováním upevňovány ideálně až do té míry, aby se z nich staly automatizované činnosti, návyky. Třetí a zároveň i poslední fázi by mělo být ověřování splnění cílů didaktického procesu, což je v případě TKF zprostředkováno jak průběžnou kontrolou výsledků účastníků tréninku tak závěrečným diagnostickým vyšetřením. (Mužík, 2004, s. 51–54)

3.4.3 Didaktické prostředky tréninku kognitivních funkcí

Během TKF jsou využívány převážně teoreticko-praktické, případně praktické metody. Tyto metody se zaměřují na úspěšné jednání účastníků tréninku v praxi. Často se snaží simulovat alespoň do jisté míry praktické podmínky a přibližují tak trénink co nejvíce běžnému životu jeho účastníků. Zdokonalují schopnosti, které účastníci potřebují k vykonávání určitých činností a postupně vytváří různé návyky. (Mužík, 2004, s. 70–71)

Metody TKF můžeme rozdělit do metod „tužka-papír“, manipulačních cvičení a metod, které jsou realizovány prostřednictvím počítače. Všechny tři metody by měly být během tréninku v rovnováze. „Tužka a papír“ metody využívají písemné podklady, které obsahují různá cvičení, logické úlohy atd. Manipulační cvičení jsou prováděny za pomoci rozličných materiálních didaktických prostředků. Jedná se kupříkladu o hlavolamy, skládačky, pexesa a deskové hry. (Benešová a Nondek, 2011, s. 36–37)

Nejnovější metoda TKF jsou cvičení realizovaná za pomoci počítačových programů (Benešová a Nondek, 2011, s. 36). V následující samostatné části tohoto oddílu bude pozornost zaměřena právě na tuto odborníky (Preiss, 1998; Rodriguez, 2012; Wykes a Splauding, 2011) nejzmiňovanější metodu, jelikož je v posledních letech v TKF stále častěji a častěji využívána.

Využití počítačů během tréninku kognitivních funkcí

Počítače slouží ve vzdělávání dospělých k mnoha účelům. TKF využívá počítač jako didaktickou techniku, která slouží pro zadání různorodých cvičení. Tato cvičení je počítač následně schopen vyhodnotit, tedy zjistit správnost odpovědí, případně změřit čas trvání řešení úlohy a zpětně informovat o výsledcích. Může snadno ukázat další postupy k řešení úloh a vyhledává optimální studijní cestu. Metodě využívání počítače jako pomůcky k učení se říká „computer assisted learning“ neboli počítačem podporované učení. (Palán, 2002, s. 155–156)

Rehabilitace pomocí počítačů může být součástí TKF pro osoby s psychotickým onemocněním. V dnešní době vzniká mnoho rehabilitačních počítačových programů, které jsou tvořeny cvičeními zaměřenými na jednotlivé kognitivní funkce. Preiss (1998, s. 385–386) považuje za vhodné využívat metodu počítačem podporovaného učení při trénování paměti a pozornosti, protože procvičování těchto dvou funkcí za pomoci počítačů má větší efekt než u jiných kognitivních funkcí.

Výzkum Rodriguez (2012, s. 120) prokázal signifikantní zlepšení kognitivních funkcí účastníků tréninku, který byl realizován jako kognitivní léčba za pomoci počítačů. Benešová a Nondek využívali v zapsaném ústavu Green Doors tréninkové počítačové programy pro opakovaný (restorativní) trénink oslabených funkcí. Výhodou v tomto případě bylo, že účastníci TKF nabyli větší jistoty při řešení úloh, protože díky opakování cvičení věděli, co se od nich očekává. Měli tak větší prostor pro efektivnější zpracování úlohy. (Benešová a Nondek, 2011, s. 36)

Další výhodou této metody je například kvalitní a bezchybná zpětná vazba k výkonu, kterou je počítač schopen ihned zobrazit. Je díky tomu šetřen čas vzdělavatelů, kteří by ho jinak museli strávit vyhodnocováním výsledků. Počítač snadno uchová data, která je schopen zpracovat do statistik jak pro jednotlivé osoby, tak pro porovnání osob mezi sebou. Většina počítačových programů je nastavena tak, aby citlivě zvyšovala náročnost úkolů. Výhodná je také flexibilita těchto programů, kde flexibilitou je míněno to, že jsou schopny neúnavně pracovat a kdykoli přesně reagovat na výkon pacienta. (Preiss, 1998, s. 387–388)

Počítače však s sebou přináší také nevýhody. Pokud se jedná o trénink, kde vzdělavatel přímo neasistuje, dochází zde k omezení výhod individuálního přístupu, kterými jsou například trénink metakognice, možnost společného plánování postupu a příležitost k poskytnutí cílené zpětné vazby. Při neasistované počítačové rehabilitaci také nedochází k rozvoji vztahů mezi vzdělavatelem a účastníkem, který pro osoby s psychotickým onemocněním může hrát velkou roli v motivaci k tréninku a celé léčbě. (Benešová a Nondek, 2011, s. 35)

Preiss také upozorňuje na nesnadnost přenosu dovedností naučených díky počítačové rehabilitaci do běžného života nemocných. Může se stát, že počítač pouze umožní „nadrilovat“ jednu konkrétní úlohu, ale obecně se zlepšením kognitivních funkcí nepomůže. (Preiss, 1998, s. 388–389)

3.5 Efekt tréninku kognitivních funkcí

Nejvyšší účinnosti TKF je dosaženo, pokud je zároveň kombinován s ostatními druhy léčby, což znamená, že kromě TKF zahrnuje i farmakologickou léčbu a další části nefarmakologické léčby (psychoterapie, nácvik sociálních dovedností, psychoedukace a rodinná terapie). V dnešní době již není pochyb, že TKF má své místo v komplexní péči o pacienty s psychotickým onemocněním. TKF sám o sobě aspiruje na zvyšování kvality života nemocných, pomáhá však také k lepšímu využití ostatních léčebných metod. (Benešová a Nondek, 2011, s. 40)

Efektivitu tréninku může ovlivnit například jeho intenzita. Wykes a kolektiv autorů upozorňují na to, že čím je trénink intenzivnější, tím je pro jeho účastníky snadnější vnímat svůj pokrok, což přispívá ke zlepšení sebevědomí účastníků. Tento efekt je velmi podstatný, protože může dodat novou motivaci k další rehabilitaci a také ke svědomitějšímu dodržování léčby. (Wykes et al., 1999, s. 85–86)

Docílit efektivního přenosu dovedností naučených během TKF do běžného života nemocných není jednoduché, je to však pro trénink zcela zásadní, bez něj by celá tato kognitivní rehabilitace postrádala smysl. Benešová a Nondek se snažili přenosu docílit různými cestami, které praxí ověřili jako efektivní. Jednou z těchto cest bylo časté

kladení otázek nemocným, kdy se jich ptali, zda si umí vybavit situaci, kterou prožívají v tréninku a zároveň i v běžném životě. Například jakým způsobem by se dala využít strategie z nějaké úlohy, kterou právě řešili, a aplikovat ji poté mimo trénink, třeba v domácnosti nebo v práci. Další cestou, kterou Benešová a Nondek využili, bylo zacílit trénink na konkrétní situaci nemocného a rovnou se zaměřit na výběr úloh, které se mu budou hodit v praxi. Kupříkladu by se mohlo jednat o případ účastníka, který není schopen se soustředit a užít si čtení knih stejně jako před propuknutím nemoci. Je s ním proto trénována pozornost, verbální porozumění a vizuální vyhledávání. Pro efektivní přenos naučených dovedností je také možné využít domácí úkoly, při nichž má jedinec za úkol využít naučené ve svém běžném životě a následně o tom referovat vzdělavateli. Důležité je, aby se nemocný pokusil sám vymyslet takové aktivity, které souvisí s jeho každodenními povinnostmi a problémy. (2011, s. 38)

Efekt TKF v rámci dalšího studia, pokud by se osoby s psychotickým onemocněním chtěly či potřebovaly účastnit školského či dalšího vzdělávání, by mohl v České republice podpořit například Portál podporovaného vzdělávání. Vznik tohoto portálu byl podpořen z Evropského sociálního fondu a zaměřuje se na osoby s duševními poruchami a psychickými potížemi. Konkrétně se snaží těmto osobám pomoci během jejich studia. Je možné zde najít základní informace o jednotlivých nemocech a o potížích, jež mohou potkat osoby, které chtějí studovat, ale zároveň trpí nějakou duševní poruchou. Dále tento portál zahrnuje databázi služeb, které mohou těmto osobám pomoci. Zatím je tato databáze zaměřena hlavně na Plzeňský a Jihomoravský kraj, ale užitečné informace na něm mohou naleznout lidé z celé České republiky. (Příhoda, 2011)

V rámci TKF lze sledovat efekt tréninku na fungování jedince v reálném životě dotazníky, které jsou zaměřeny na subjektivní hodnocení míry kognitivního deficitu, a na to, jaký má tento deficit vliv na každodenní život nemocného jedince. Tyto dotazníky jsou předkládány jak nemocnému, tak jeho blízké osobě, nejčastěji takové, se kterou dohromady žije ve společné domácnosti. Vhodné jsou tři dotazníky, které jsou zaměřeny na vlastní posouzení svého současného emocionálního stavu, kognitivních funkcí a vnímaného deficitu. Jsou to dotazníky: BDI (Beckův Inventář depresivity, který zkoumá emocionální stav nemocného), DEX (Dysexecutive Questionnaire se zaměřuje

na všeobecné projevy deficitu v běžném životě), DEX – SO (Dysexecutive Questionnaire – Significant Other je tentýž dotazník, ovšem pokládáný blízké osobě), CFQ (Cognitive Failures Questionnaire se věnuje omylům a chybám, které jsou způsobeny kognitivním deficitem) a CFQ – SO (Cognitive Failures Questionnaire - Significant Other je stejný dotazník určený blízké osobě). (Benešová a Nondek, 2011, s. 45)

Často se jako obecný cíl TKF uvádí trvalé kognitivní změny, ovšem Wykes a Spaulding uvádějí, že to není nezbytné. Existují totiž případy, kdy cílem tréninku je pomoci při získávání konkrétní dovednosti a není potřeba trvalé kognitivní změny. Zde stačí pouze přechodné zlepšení kognitivního výkonu, které může úspěšně podpořit získání nové dovednosti. Pokud se poté tato nová dovednost zautomatizuje, nemusí pak být zapotřebí (trvalé) kognitivní změny. Stejně tak je to například se sebevědomím. Pokud se zvýší sebevědomí díky efektivnějšímu fungování v některé z kognitivních oblastí, může zvýšené sebevědomí přetrvat a být pro nemocného důležité, ačkoli se zlepšení v kognitivní oblasti po čase vytratí. (Wykes a Spaulding, 2011, s. 83–84)

4 Kvalitativní šetření tréninku kognitivních funkcí ve vybraných organizacích na území České republiky

Následující část této bakalářské práce se věnuje empirickému šetření, které jsem realizovala. Jedná se o kvalitativní výzkum zaměřený na trénink kognitivních funkcí ve vybraných organizacích v České republice. V předchozích kapitolách byl předložen teoretický základ, ze kterého toto empirické šetření vychází. Čerpala jsem především z poznatků těchto autorů: Nondek, Benešová, Rodriguez, Preiss a Horáček. Dále jsem vycházela z rešerše dostupných internetových zdrojů, např. akademických databází a odborných zahraničních časopisů (Clinical Neuropsychology Unit, Schizophrenia Bulletin, Hogrefe eContent a ScienceDirect).

Nejprve jsou uvedeny obecné charakteristiky zmíněného empirického šetření (kdy a kde bylo šetření realizováno a co je jeho cílem), poté následuje popis zvolené metodiky a způsobu sběru a analýzy dat. Postupně je představena přípravná, realizační a vyhodnocovací fáze empirického šetření. V samostatné podkapitole jsou shrnuty výsledky empirického šetření a závěr této kapitoly je věnován zhodnocení poznatků z teoretické a empirické části práce. Tato struktura byla zvolena podle doporučení uváděných v odborných pramenech. (Hendl, 2008, s. 41–42; Reichel, 2009, s. 43, 90, 152)

4.1 Cíle, příprava, metodika, organizace a způsob výběru respondentů realizovaného empirického šetření

Šetření probíhalo od ledna 2014 (oslovení organizací ke spolupráci) do června 2014 (konec dotazování) a zúčastnilo se jej 6 respondentů ze 3 organizací – Green Doors z. ú., občanské sdružení Modré dveře a Psychiatrické centrum Praha.

Předmětem empirického šetření byl TKF pro dospělé osoby s psychotickým onemocněním. Na problematiku bylo nahlíženo z pohledu osob, které TKF absolvovaly.

Cílem analýzy tréninku kognitivních funkcí pro dospělé osoby s psychotickým onemocněním bylo zjistit, jaké má tento trénink pro účastníky přínosy, zda probíhá efektivně, a navrhnout případná doporučení, která by pomohla dosáhnout lepších výsledků TKF. Toto empirické šetření analyzuje jednotlivé názory účastníků tréninku a snaží se je porovnat se stávajícími teoretickými poznatky. Ve výzkumu byly stanoveny tyto dílčí cíle:

1. Zjistit, jaký vliv měla nemoc na kognitivní funkce osob s psychotickým onemocněním a jaké případné potíže jim to způsobovalo v zaměstnání.
2. Zjistit, s jakými očekáváními osoby s psychotickým onemocněním do TKF přicházejí a jaký přínos vnímají po konci tréninku (např. zmírnění dopadů nemoci).
3. Zjistit, jaké jsou výhody a nevýhody skupinového a individuálního TKF.
4. Zjistit, jak se osoby s psychotickým onemocněním staví k celkové spolupráci se vzdělavatelem a jednotlivým technikám práce a didaktickým prostředkům, které byly v průběhu TKF využívány.

V České republice bylo na téma tréninku kognitivních funkcí pro osoby s psychotickým onemocněním (případně pouze se schizofrenním onemocněním) provedeno několik výzkumů (Benešová a Nondek, 2011; Rodriguez, 2012; Benešová, 2009). Jejich závěry považuji pro TKF v České republice za velmi přínosné, ovšem vidím zde i jeden jejich společný nedostatek, kterým je, že všechna tato empirická šetření proběhla vždy pouze v rámci jednoho pracoviště. Jako přínos výzkumu, který je předmětem této bakalářské práce, vidím možnost podívat se na TKF z pohledu respondentů ze tří různých organizací, ve kterých TKF probíhá.

Hlubšímu porozumění problematice tréninku kognitivních funkcí pro osoby s psychotickým onemocněním by bylo jen stěží možné dosáhnout kvantitativními metodami. Pro kvantitativní metody by také bylo velmi náročné sehnat dostatečné množství respondentů. Vzhledem k povaze výzkumného problému jsem tedy zvolila kvalitativní výzkum. V rámci tohoto empirického šetření jsem provedla šest

polostrukturovaných rozhovorů. Hendl uvádí hned několik výhod kvalitativních rozhovorů. V případě dotazované skupiny osob s psychotickým onemocněním z nich vnímám jako dvě nejdůležitější tyto: možnost ověření, zda dotazovaný porozuměl otázce, a možnost doptání se na konkrétní podmínky situace dotazovaného. (Hendl, 2008, s. 166)

Technika polostrukturovaného rozhovoru je specifická tím, že tazatel má připravený soubor témat či otázek, kterým se chce v rozhovoru věnovat, ovšem jejich pořadí není pevně stanoveno. Tazateli je umožněno toto pořadí měnit a částečně i modifikovat formulace jednotlivých dotazů. Polostrukturovaný rozhovor využívá výhod a snaží se minimalizovat nevýhody strukturovaného a nestrukturovaného rozhovoru. Určitá míra formalizace pomáhá s tříděním a porovnáváním získaných údajů, na druhou stranu volnost v rozhovoru umožňuje pokládat doplňující otázky a napomáhá plynulejšímu toku konverzace. (Reichel, 2009, s. 111–112)

Při sestavování otázek jsem vycházela z doporučení autorů Doubka, Praško, Hermana a Honse, kteří zdůrazňují, že při komunikaci s lidmi s psychotickým onemocněním by měly být vždy používány jednoduché a jasné informace, které snižují riziko neporozumění obsahu (Doubek, Praško, Herman a Hons, 2008, s. 44). Otázky jsem se proto snažila sestavovat co nejsrozumitelněji a i v průběhu celého rozhovoru jsem dbala na dodržování tohoto principu. Chtěla jsem tím předejít možné úzkosti na straně dotazovaných, kterou by mohlo neporozumění v průběhu konverzace způsobit.

Ačkoli v polostrukturovaném rozhovoru není pořadí otázek přesně dané, snažila jsem se řídit se při řazení jednotlivých okruhů otázek metodologickými pravidly, která uvádí ve své knize Reichel. Na úvod jsem zařadila otázky na navázání kontaktu s dotazovaným, dále jsem pokračovala snadnějšími nekonfliktními dotazy a teprve poté jsem položila otázky náročnější. Ke konci dotazování jsem zařadila opět několik jednodušších otázek s přihlédnutím k únavě respondentů. Citlivější otázky ohledně nemoci respondentů jsem taktéž zařadila spíše ke konci dotazování. (Reichel, 2009, s. 106–107) Jediné, co jsem změnila oproti doporučením, bylo zařazení otázek identifikačního charakteru. Ty jsem

pokládala ihned ze začátku rozhovoru, jelikož mi posléze v průběhu vyprávění respondentů umožnily lepší chápání kontextu.

Pořadí okruhů otázek a navržený obsah rozhovoru byly taktéž konzultovány s pracovníky Terapeutického centra Modré dveře a zapsaného ústavu Green Doors. Jejich návrhy a připomínky byly do rozhovorů zapracovány.

Sestavený návod pro rozhovor je k zhlédnutí v příloze B. Skládá se z pěti okruhů otázek. První z okruhů se týká základních identifikačních údajů respondentů a mimo jiné zahrnuje údaje o tom, jak se respondenti k TKF dostali. Druhý okruh je věnován nemoci respondentů a tomu, jaký vliv měla zaprvé na jejich zaměstnání a zadruhé na jejich kognitivní funkce. Ve třetím okruhu jsou otázky na téma očekávání respondentů od TKF, zhodnocení těchto očekávání a další vnímané přínosy, která respondenti po skončení tréninku vnímali. Část otázek v tomto okruhu je zaměřena na přínos tréninku v oblasti zaměstnání a studia. Čtvrtý okruh se zabývá porovnáním skupinového tréninku s tréninkem individuálním. Do pátého okruhu byly sloučeny otázky týkající se spolupráce se vzdělavatelem či psychologem, který TKF vedl, dále poskytování zpětné vazby v průběhu tréninku a techniky a prostředky, které byly na tréninku využívány.

Respondenty jsem vybírala na základě tří kritérií. První podmínkou bylo, že se musí jednat o osoby s psychotickým onemocněním, kteří podle MKN-10 spadají do diagnostického okruhu nemocí F20–F29 („Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy“ viz druhá kapitola této práce a tabulka 1 v příloze A). Druhá podmínka se týkala toho, že tyto osoby musely navštěvovat trénink kognitivních funkcí v jedné z těchto tří organizací: Green Doors z. ú. (dále jen Green Doors), občanské sdružení Modré dveře (dále jen Modré dveře) a Psychiatrické centrum Praha (dále jen PCP). Zároveň bylo nutné, aby od skončení tréninku uplynuly maximálně dva roky a to z toho důvodu, aby si respondenti co nejvíce pamatovali z průběhu TKF. Kontakty na respondenty mi poskytli pracovníci výše zmíněných organizací. Pracovníci se respondentů nejprve sami zeptali, zda mohou zprostředkovat kontakt, a následně jsem respondenty kontaktovala já, abych jim vysvětlila okolnosti výzkumu. Pokud souhlasili, uskutečnila jsem s nimi rozhovor.

Zvažovala jsem při formulaci výběrových kritérií i omezení věku respondentů. Tématem této práce je TKF pro dospělé osoby (s psychotickým onemocněním), respondenti by proto neměli být v dětském věku. Nicméně kritérium věku nebylo v případě tohoto konkrétního výzkumu nutné specifikovat, jelikož osoby s psychotickým onemocněním jsou převážně dospělí, dětští pacienti se objevují pouze výjimečně. V Green Doors, Modrých dveřích ani v PCP jsem se s dětskými pacienty navštěvujícími TKF nesetkala, ani v souboru respondentů se tedy z výše zmíněných důvodů neobjevují.

Spolupráce v lednu 2014 byla původně navázána pouze s Terapeutickým centrem Modré dveře a s Green Doors. Výběr těchto dvou organizací byl založen na úsudku a ovlivněn řadou dalších faktorů (například, že jedna z organizací sídlí ve Středočeském kraji a druhá v Praze). Nicméně z oslovených vyhovujících kandidátů pro rozhovor byla odezva osob, které byly ochotny tento rozhovor poskytnout, malá. Tuto nevelkou odezvu si vysvětluji tím, že lidé s psychotickým onemocněním jsou obezřetní při navazování nových kontaktů a není pro ně lehké hovořit o své nemoci s cizím člověkem. Po analyzování dat z těchto rozhovorů jsem došla k názoru, že k nasycení vzorku je potřeba tento vzorek dále rozšířit. Proto byla na doporučení dvou doposud kontaktovaných organizací v květnu 2014 navázána spolupráce i s PCP. Po analýze dat od respondentů, kteří byli kontaktováni přes tuto další organizaci, jsem usoudila, že došlo k teoretické saturaci vzorku. Stručný popis všech tří organizací je k zhlédnutí v příloze C. Z tohoto popisu zde nyní zdůrazním pouze fakt, že se PCP od 1. ledna 2015 transformovalo do Národního ústavu duševního zdraví neboli NUDZ (Národní ústav duševního zdraví, 2015a). Další místa, kde se TKF pro osoby s psychózou v České republice koná, jsou popsána v příloze D.

Předpokládanou dobu trvání rozhovoru jsem odhadla na 20 minut, což je podle Reichla optimální doba trvání výzkumného rozhovoru (Reichel, 2009, s. 107). Snažila jsem se tuto dobu dodržet, protože, jak upozorňují Látalová a Praško (2012, s. 42), u osob s psychotickým onemocněním přichází únava z rozhovoru poměrně brzy a není pro ně jednoduché se v komunikaci soustředit po delší dobu. U čtyř respondentů byla tato hranice dodržena, ve dvou případech se rozhovor protáhl, protože se respondenti o tréninku kognitivních funkcí více rozhovořili. Jelikož jsem sdělované informace

považovala pro výzkum za cenné a nevnímala jsem u respondentů větší známky únavy, rozhodla jsem se délku rozhovoru v těchto dvou případech protáhnout.

Na začátku rozhovoru jsem všem respondentům představila téma své bakalářské práce a obor, který studuji. Seznámila jsem je s cílem prováděného empirického šetření. Poté jsem respondenty ujistila o anonymitě výzkumu a ujistila jsem se, že souhlasí s nahráváním zvukového záznamu rozhovoru. Všichni respondenti podepsali informovaný souhlas. Formulář informovaného souhlasu je uveden v příloze E.

Většině respondentů jsem v průběhu rozhovoru pokládala doplňkové otázky, pokud to bylo v dané situaci adekvátní pro objasnění probírané problematiky. Na konci rozhovoru jsem respondentům poděkovala za jejich účast ve výzkumu, znovu jsem je ujistila o anonymitě celého výzkumu a předala jsem jim svůj kontakt, kdyby mi chtěli k probírané tematice sdělit nějaké další informace či se na něco doptat. Nikdo z respondentů této možnosti nevyužil.

Při výběru způsobu transkripce zvukového záznamu rozhovoru jsem zvolila metodu doslovné transkripce, která je podle Hendla (2008, s. 208) podmínkou pro podrobné vyhodnocení dat. Díky doslovné transkripci rozhovory zachovaly osobitý styl vyjadřování respondentů. Kvůli anonymizaci dat jsem jména respondentů změnila na písmenné označení a každému z nich jsem přidělila jedno písmeno A–F. Ve vyhodnocení tohoto empirického šetření používám u všech respondentů mužský rod (nejedná-li se o přímé citace z rozhovorů).

Data z přepsaných a anonymizovaných rozhovorů jsem následně redukovala pomocí kódování. Vytvořila jsem si tabulku s jednotlivými kategoriemi, které byly rozřazeny podle pěti okruhů otázek z návodu pro rozhovor. Odpovědi respondentů jsem do tabulky vkládala podle toho, do které kategorie spadaly. Odpovědi jsem při tomto zařazování stále postupně redukovala na data užitečná k výzkumu. Většina kategorií byla určena již na začátku výzkumu, ale některé vznikly teprve po prostudování sesbíraného empirického materiálu. Hendl popisuje tento způsob jako kombinaci dvou základních metod sestavování kategoriálního systému – na jedné straně předem dané kategorie a na straně druhé kategorie sestavované ad hoc pro potřeby probíhajícího výzkumu

(Hendl, 2008, s. 211). Výsledky zpracování dat jsou prezentovány v následující podkapitole.

4.2 Výsledky šetření tréninku kognitivních funkcí ve vybraných organizacích na území České republiky

Následující text prezentuje výsledky analýzy rozhovorů uskutečněných s osobami, které absolvovaly TKF se zaměřením na rehabilitaci funkcí poškozených psychotickým onemocněním. Cílem této analýzy je hlubší porozumění TKF pro dospělé osoby s psychotickým onemocněním jako specifické vzdělávací aktivity. Na celou problematiku je názíráno z pohledu absolventů tréninku. Usilovala jsem především o identifikaci přínosů TKF a dále jsem se snažila objevit případné limity aktuálně probíhajících tréninků. Jednotlivé části empirického šetření jsou rozřazeny do pěti skupin, které odpovídají pěti okruhům z návodu pro rozhovor. Postupně tedy budou popsány výsledky šetření z následujících okruhů: základní identifikační údaje respondentů, nemoc a její vliv na zaměstnání a kognitivní funkce, očekávané a reálné přínosy TKF, skupinový vs. individuální trénink a poslední okruh týkající se spolupráce se vzdělavatelem, zpětné vazby a didaktických prostředků.

4.2.1 Základní identifikační údaje respondentů

Na úvod shrnutí výsledků šetření uvádím základní identifikační údaje o respondentech. Tento první vyhodnocený okruh dat získaných od respondentů může posloužit k lepšímu pochopení kontextu jejich dalších odpovědí. Zařadila jsem do tohoto okruhu informací i údaje o tom, jak se respondenti dostali k TKF.

Věk respondentů, se kterými byl veden rozhovor, byl mezi 34 a 43 lety. Jednalo se o 3 muže a 3 ženy. Čtyři z respondentů absolvovali střední odbornou školu, jeden střední odborné učiliště a jeden vysokou školu.

Respondenti navštěvovali TKF po dobu dvou až tří měsíců, jednou až dvakrát týdně vždy na hodinu a půl. Respondenti byli osloveni prostřednictvím jednotlivých organizací rovnoměrně. Povedlo se tedy kontaktovat a setkat se s dvěma respondenty z Green

Doors, dvěma z Modrých dveří a dvěma z PCP. Během rozhovorů však vyšlo najevo, že někteří respondenti absolvovali TKF nejen v organizaci, přes kterou byli kontaktováni, ale také v jiné organizaci. Jedná se konkrétně o tři respondenty, kteří navštěvovali TKF jak v Green Doors, tak v PCP. Z ostatních respondentů se dva zúčastnili TKF jen v Modrých dveřích a jeden jen v PCP. Tři, kteří prošli dvěma různými TKF, mluvili většinu času o TKF v organizaci, přes kterou byli kontaktováni, jelikož od skončení tréninku v té organizaci měli menší časový odstup a díky tomu si lépe pamatovali podrobnosti. Nicméně v několika otázkách měli tito respondenti možnost vyjádřit se k TKF v obou organizacích. Srovnávání jednotlivých organizací mezi sebou však nevede k naplnění cílů empirického šetření, proto jsem se o to během rozhovorů ani při vyhodnocování získaných dat nesnažila, pouze jsem využila možnosti získat více informací o různých TKF.

Dále bylo možné z odpovědí respondentů určit, jakým způsobem se dostali k TKF. Čtyři z respondentů navštěvovali zařízení již před tím, než nastoupili do kognitivního tréninku. V jednotlivých organizacích využívali jiné služby, např. *pracovní terapie, muzikoterapie a arteterapie* (respondent B), *práce v tréninkové kavárně* (respondent D) a *denní stacionář* (respondent E). TKF jim byl následně doporučen některým ze zaměstnanců organizace, kterou navštěvovali. Jednomu z respondentů doporučil TKF jeho psychiatr. Respondent C uvádí netradiční cestu, kterou se k TKF dostal: „*V zaměstnání jsem měla velkou zátěž. Najednou zůstat doma na neschopence by bylo hrozný. Takže abych se nenudila, bylo mi doporučeno, abych někam chodila. Napadlo mě jít tady do léčebny (...) asi jsem se byla zeptat na vrátnici, jestli by se někam dalo docházet. (...) A ozvala se mi paní, (...) jestli bych nechtěla přijít.*“

Dva z respondentů trénink opakovali na vlastní žádost ve stejné organizaci, dva jej opakovali v jiné. Respondent F si trénink v další organizaci vyhledal sám. Respondent C do dalšího tréninku nastoupil, jelikož do jeho stávajícího tréninku přišla druhá organizace udělat nabídku svých kurzů: „*Nabídli nám právě udělat si vlastní program a (...) já jsem říkala, jé, tohle by mě bavilo dál. Tam ten (...) pomalu končil, tak (...) nám nabídla tohle, tak jsem se přihlásila.*“

4.2.2 Nemoc a její vliv na zaměstnání a kognitivní funkce

Tento okruh informací se zabývá psychotickým onemocněním respondentů a tím, jaký mělo toto onemocnění vliv na zaměstnání respondentů. Na konci okruhu je rozebráno téma, jak respondenti vnímají, že nemoc ovlivnila jejich kognitivní funkce.

Respondenti hovoří o období před vypuknutím akutní fáze nemoci jako o období plném stresu. Většina respondentů zmiňuje velký stres či nátlak v práci, u jednoho z respondentů hrály velkou roli těžké závěrečné zkoušky ve škole. Akutní fáze nemoci měla zpravidla za následek ztrátu zaměstnání.

Všichni respondenti uvádí, že nyní je nemoc nesužuje tak jako dříve. Příznaky psychózy z velké části vymizely. Dva respondenti si stěžují na občasné strachy a úzkosti, se kterými se stále potýkají, nicméně s akutní fází nemoci je to pro ně nesrovnatelné. Pro ilustraci, jak respondenti popisovali stále trvající úzkosti, uvádím výrok respondenta B: *„Nejtěžší je dělat nové věci, protože já, ve mně se to tady sevře a nemohu nic dělat. (...) ale to je ta moje nemoc, že mám ty strachy.“* Respondent D zmiňuje zmírněné, avšak stále přítomné symptomy nemoci: *„...občas, když v noci nemůžu usnout, tak takovým divným hlasem slyším svoje myšlenky.“*

Všichni respondenti se postupně snaží navrátit se do pracovního procesu. Některým se to již povedlo, jiní nyní pracují v tréninkových kavárnách. Respondent C naráží na problematiku žádostí o invalidní důchod. Rozhovor s rozhodovací komisí popisuje jako velmi nepříjemnou záležitost. V jeho žádosti mu nakonec bylo vyhověno a nyní pracuje v tréninkové kavárně, kde se mu snaží pomoci s postupným návratem do pracovního procesu. Postupně navyšují zátěž a respondent C doufá, že by si již brzy mohl najít práci na zkrácený úvazek.

Respondent F mluvil o problémech, které měl po nástupu do práce na částečný úvazek: *„Začal jsem chodit do práce na částečnej úvazek. (...) Já jsem vzal prostě telefon, nějaký člověk mi vysvětloval problém, (...) já jsem ten telefon položil a najednou jsem si vůbec nevybavil, co chtěl, najednou jsem měl okno, že jsem nevěděl. (...) Je problém, že jsem se bál, že to nezvládnu.“* Tato situace byla ještě před TKF. Následně tento respondent zkusil

jednodušší pomocné práce a teď opět bude začínat s novou náročnější prací. K nové práci se respondent F vyjádřil takto: *„Pracuju prostě na nějakéj třetinovej úvazek, musím pomalu rozvrhovat tu zátěž, abych se nějakým způsobem nepřetahoval, abych si dělal pauzy v tý práci a abych opravdu poctivě bral léky, aby se ta nemoc nevrátila.“*

Názory na to, jak nemocní vnímají kognitivní deficit způsobený nemocí, se různí. Respondent B dokonce uvádí, že deficit nevnímal vůbec, přesto však do tréninku nastoupil, protože doufal, že si tím procvičí mozek. Dva z respondentů nepřičítají kognitivní deficit nemoci, nýbrž lékům, které kvůli psychóze museli brát. Tři z respondentů zaznamenali oslabenou a špatně fungující paměť a z toho plynoucí problémy s učením se nových věcí, dva uvedli zhoršení pozornosti a jeden hovořil o zpomalené rychlosti zpracování informací, ovšem zároveň upozornil na to, že nijak nezaznamenal zhoršení např. logického uvažování. Respondent D se ke kognitivnímu deficitu vyjádřil takto: *„Ten rozdíl byl velkej. To byl prostě ten hnusnej pocit. Nic jsem si nepamatoval...“*

Respondent F si s sebou na rozhovor přinesl autentické poznámky, které pořídil v době absolvování TKF pro svého lékaře. V těchto poznámkách, které jsme spolu během rozhovoru probrali, byly podrobně popsány obtíže, které pociťoval. Tyto zápisy se týkaly hlavně oblasti kognitivních funkcí a považují je za velmi cenné, protože zachycují přesně a nezkresleně kognitivní deficit, který respondent v době začátku tréninku vnímal. Respondent např. uvádí problémy s pamětí a soustředěním: *„Nejsem schopen sledovat děj v TV, stěží se soustředím na obsah tiskovin, rozhovory lidí apod. (...) Často mi uniká, co mi lidé říkají. Nejsem schopen zopakovat za velmi krátkou dobu to, co mi někdo řekl.“* Dále se respondent zmiňuje o problémech souvisejících s řečí a vyjadřováním se: *„Špatně se mi něco vysvětluje, obtížně hledám slova. Obtížně se mi hledají, i když něco sepisuji. Obecně problémy s formulováním textu.“*

4.2.3 Očekávané a reálné přínosy tréninku kognitivních funkcí

Z empirického šetření bylo možné identifikovat, jaká očekávání respondenti od TKF měli a zda byla tato očekávání naplněna. Tomuto tématu se bude věnovat následující okruh

dat získaných z rozhovorů. Na závěr okruhu je uvedena velmi významná část informací o tom, jaké přínosy TKF respondenti pociťují po jeho skončení. Podrobněji je rozebrán přínos v oblasti práce a studia.

Nejprve bych se ráda zaměřila na očekávání a motivaci respondentů. Pro přehlednost je zde prezentuji jako výčet a dokládám vybranými výroky. Očekávání, se kterými respondenti nastupovali do TKF, by se tedy dala rozřadit do následujících kategorií:

1. Rozvoj kognitivních funkcí/snížení kognitivního deficitu

- „No mozek, procvičím mozek.“ (respondent B)
- „Říkala jsem si, hlavně si vyzkouším, jak na tom jsem, hlavně s tou pamětí. Měla jsem pocit, že si už vůbec nic nepamatuju.“ (respondent C)
- „Protože jsem si nemohl nic zapamatovat a já jsem si potřeboval zapamatovat spoustu věcí. Soustředit se na jednu věc, třeba na čtení, to jsem prostě nemohl předtím. Přečetl jsem si stránku a měl jsem toho dost.“ (respondent D)
- „...důsledek mojí nemoci je to, že ty moje kognitivní funkce byly poškozeny, byly nějakým způsobem v deficitu. (...) chci udělat něco pro to, abych si pomohl sám sobě. Nebo respektive aby mi někdo pomohl, abych ten deficit nějakým způsobem jakoby zmenšil.“ (respondent F)

2. Rozptýlení/zábava

- „...abych se nenudila, bylo mi doporučeno, abych někam chodila. (...) takže mně se to strašně líbilo. A já jsem říkala, jé, tohle by mě bavilo dál.“ (respondent C, hovoří o druhém nastoupení do TKF poté, co již první absolvoval)
- „...doufal jsem, že to bude zábava jako v kavárně.“ (respondent D)

3. Návrat do pracovního procesu

- „...že vlastně mi to usnadní můj návrat do normálního běžného života, především teda do zaměstnání. Že mi to vlastně pomůže zregenerovat

právě ty funkce, které jsou důležité při výkonu mého povolání.“
(respondent E)

4. Žádná očekávání

- *„Ne. (...) Protože mi to doporučil pan doktor.“* (respondent A, jedná se o odpověď na otázku, zda a případně jaká očekávání od tréninku respondent měl)

Čtyři ze šesti respondentů zpětně hodnotí, že jejich očekávání byla v TKF naplněna. Respondent A neměl od tréninku očekávání žádná. Respondent F nad účinky tréninku pochybuje, přiznává, že by to nějaký vliv mít mohlo, ale není si jím příliš jist. Konkrétně se ke svým kognitivním funkcím a přínosu TKF vyjádřil takto: *„V podstatě pořád v tom deficitu jsou, ale jakoby za tu dobu se ta situace zlepšila na to, jak to bylo hrozný. Myslím si, že těma rokama, jak prostě se léčím, tak se nějakým způsobem obnovily ty neuronový spoje a začal jsem se rehabilitovat, (...) myslím si, že hlavně ten čas to narovnal (...) možná víc než nějaký trénink. (...) po tom tréninku hned nemůžu říct, že by mi ten trénink nějakým způsobem pomohl, to bych řekl, že ten rozdíl bych tam asi těžko hledal. (...) když jsem byl na tom druhém tréninku, tak možná že mi to na něm už šlo trošku líp.“*

Respondenti nicméně uvádí i mnoho dalších přínosů tréninku nad rámec očekávání, která měli. Nejvíce respondenti zaregistrovali zlepšení pozornosti, paměti a učení. Co se týče pozornosti, dva respondenti kladně hodnotí fakt, že se nyní díky TKF mohou déle soustředit na četbu knih. Respondent A řekl: *„...více čtu knihy. (...) Je dobrý, že se mohu na čtení déle soustředit.“* Respondent D uvádí: *„Během toho tréninku se to zlepšilo, teď si třeba přečtu tři kapitoly. Jsem šel k doktorovi a tam jsem dvě hodiny čekal, tak jsem si vzal knížku, taková malá knížka a třicet stránek jsem přečetl.“*

Ačkoli respondenti v očekáváních explicitně nezmínili oblast exekutivních funkcí, respondent C uvedl jako nejužitečnější přínos tréninku do jeho života právě je: *„...do života plánování toho času. (...) pomalinku sama si dávat malinký úkoly. (...) Taky jsem se tím pak řídila v praxi, že si to napíšu, ten den, když mám hodně věcí, tak co nejefektivněji, abych všechno oběhala.“*

Mezi odpověďmi respondentů na účinky TKF figurovaly i jiné dopady tréninku než samotné vylepšení kognitivních funkcí. Tři respondenti se zmínili k přínosu tréninku v souvislosti s **návratem do zaměstnání**:

- *„Že jsem uměla ovládat počítač sama. (...) Třeba jsem si přes něj hledala práci.“*
(respondent B, dříve v rozhovoru popisuje, že před TKF neuměl ovládat počítač)
- *„Už nejsem taková perfekcionalistka, jak jsem bývala kdysi, ta kombinace perfekcionalistka a workoholik, ty přesčasy, takže už ubírám. (...) zabírá to spoustu času a pak se to možná i na tom zdraví odrazilo. Hodně plánuju čas, abych nebyla přetažená, abych pak zvládla všechno doma.“* (respondent C)
- *„...asi mi to pomohlo hodně, protože jsem nastoupil do zaměstnání, (...) i díky tomu kognitivnímu tréninku jsem byl schopen dobře a efektivně jednat s těmi klienty a také vlastně získal jsem ještě jakousi houževnatost, jakousi vytrvalost.“*
(respondent E)

Dále také v souvislosti s návratem do zaměstnání vyzdvihovali respondenti C a D užitečnost práce v tréninkové kavárně.

Ohledně dalšího formálního či neformálního vzdělávání se čtyři z respondentů vyjádřili, že se již v budoucnosti nechtějí v ničem vzdělávat. Dva z nich uvádí, že je tomu tak proto, že již nechtějí zažít stres, který by měli při případných průběžných či závěrečných zkouškách. Zbylí dva respondenti s dalším vzděláváním v průběhu svého života počítají. Tito dva respondenti pojmenovali následující přínosy, které jim TKF poskytl v oblasti **studia a učení**:

- *„Pomohl mi, jak se učit. Že jsme četli článek z knížky (...) a museli jsem si zaškrtnout odstavce, abych se to mohla naučit. Takže vlastně postup učení.“*
(respondent B)
- *„...mě to naučilo vlastně hledat si jednoduché mnemotechnické pomůcky při zvládání jednoduchých úkolů.“* (respondent E)

- *„I díky tomu, že jsme se tu setkali v té skupince těch lidí, kteří mají podobný osud, tak jsme se dali dohromady a začali se učit tu italštinu a přitom si užijeme legraci...“* (respondent E)

Na otázku, zda by respondenti chtěli něčemu v tréninku věnovat více pozornosti, se respondent E vyjádřil, že by rád trénink více zacílil na pozornostní úlohy, které mu stále nejdou. Ovšem sám uvádí, že si není jistý, *„...jestli opakováním těch pozornostních úloh bych dosáhl nějakého zlepšení. U těch pozornostních úloh je to bohužel tak, že vlastně, když je velká snaha, velká motivace, tak ty výsledky jsou horší.“* Jeden z respondentů by rád věnoval více času počítačové hře na postřeh. Uvádí, že *„...je to užitečný tady v hlavě, jako že to nutí opravdu přemejšlet a rychle...“* (respondent B). Tři z respondentů se zmínili, že by ocenili, pokud by TKF byl delší. Měl by pak podle jejich názoru větší účinek.

4.2.4 Skupinový vs. individuální trénink

Předposlední okruh zjištěných dat je zaměřen na porovnání skupinového a individuálního tréninku. Ze šesti respondentů mělo možnost zažít skupinový i individuální TKF pět osob. Respondent A zažil jen individuální trénink, vyjádřil se tedy ke skupinovému tréninku pouze hypoteticky na základě svých zkušeností z jiných forem skupinové terapie (např. nácviku sociálních dovedností). V datech získaných z rozhovorů jsem se snažila identifikovat jednotlivá pro a proti skupinového a individuálního tréninku z pohledu účastníků. Jak řekl respondent F, *„obojí má svoje plusy a nedostatky“*, ráda bych vám je proto nyní přiblížila.

Několik respondentů se dívá na vliv dalších účastníků přítomných na TKF kladně. Důvody pro kladné hodnocení skupinového tréninku byly následující:

1. Možnost srovnání s ostatními účastníky

- *„Taková ta soutěživost, někdy jsem vyhrál. Mohl jsem machrovat. Člověk se mohl porovnat.“* (respondent D)
- *„Takže jsem měl z toho dobrý pocit, že mi to jde, (...) jsem dobrý v porovnání s tou skupinou.“* (respondent E)

- „Člověk se může (...) zeptat, hele, jak ti tohle cvičení šlo nebo v čem ti tohle cvičení dělalo problém. Že se člověk může nějakým způsobem s nima porovnat, zamyslet se nad tím, co dělalo problém mně a co dělalo problém těm ostatním a tak dál.“ (respondent F)

2. Pocit sounáležitosti

- „Skupinovka je lepší v tom, že člověk se může prostě pobavit s těma dalšíma pacientama, který tam na to choděj, a že může prostě člověk nějak si s nima popovídat, předat si zkušenosti. Čili o tom nějakým způsobem pokecat.“ (respondent F)

Ovšem ne každý z respondentů byl zastáncem skupinového tréninku, někteří ho naopak kritizovali. V rozhovorech se vyskytly tyto negativní názory na skupinový trénink:

1. Pocit méněcennosti

- „Trošku vadilo, že to bylo skupinové, že to bylo vlastně po mé hospitalizaci a ty moje kognitivní funkce nebyly nic moc, takže jsem trošku trpěl takovým komplexem méněcennosti, že třeba ne ve všech těch úlohách jsem tak dobrý jako ostatní. To mě trošku stresovalo, protože jsem člověk ambiciozní a chci mít nejlepší výsledky.“ (respondent E)

2. Skupina vadila obecně

- „Ve skupině bych pracovat nechtěla.“ (respondent A)
- „Bylo to horší, když tam bylo víc lidí.“ (respondent B)

Z negativních hodnocení skupinových setkání vystupoval ještě jeden názor, který se však netýkal jen TKF, ale obecně stýkání se s ostatními lidmi s psychotickým onemocněním. Respondent C uvádí: „Ve stacionáři jsem se tehdy scházela se schizofrenikama a to na mě nepůsobilo dobře. Vyvolávalo mi to právě ty úzkosti a tu bolest hlavy.“

Na druhé straně vah leží trénink individuální. Během rozhovorů se k němu nikdo z respondentů nevyjádřil negativně, případně pouze zmínil pozitiva skupinového tréninku. O kladech individuálního tréninku mluvili respondenti takto:

1. Intenzivní pozornost zaměřená na jedince a jeho potřeby

- „Ten individuál, si myslím, že je mnohem lepší, pro mě to mělo velký výhody, máte ji jenom pro sebe, že se fakt věnuje vám.“ (respondent C)
- „Tu hodinu a půl (...) se opravdu věnujou jenom vám, takže vlastně (...) se mi to zdálo takový (...) trochu intenzivnější.“ (respondent F)

2. Osobní přístup

- „Přijdete tam, popovídala, probere vaše problémy, mám takový pocit, že se prostě věnuje jenom vám, fakt si to užijete.“ (respondent C)

Respondenti A a B se k individuálnímu tréninku vyjádřili pouze stručně ve smyslu, že jim tato varianta oproti skupinovému tréninku vyhovovala (oba měli možnost vyzkoušet si obojí).

Pokud shrneme preference respondentů ve výběru mezi individuálním a skupinovým tréninkem, čtyři z respondentů by volili spíše trénink individuální, jeden preferuje skupinový a jeden z respondentů není zcela rozhodnut, na kterou stranu se přiklonit.

4.2.5 Spolupráce se vzdělavatelem, zpětná vazba a didaktické prostředky

Poslední okruh dat se týkal spolupráce se vzdělavatelem či psychologem, který TKF vedl. Dále se otázky z tohoto okruhu zaměřily na poskytování zpětné vazby a didaktické prostředky používané v průběhu TKF. Bohužel jsem v průběhu dotazování se na tato témata narážela na to, že mnoho respondentů mi již nebylo schopno poskytnout podrobné informace, jelikož si je s odstupem času od skončení tréninku již nepamatovali tak dobře. Nicméně i přesto lze v tomto okruhu dat nalézt cenné informace.

Respondenti se shodli na tom, že spolupráce se vzdělavatelem či psychologem, který trénink vedl, byla zcela v pořádku, odborná a bez konfliktů. Pouze jeden z respondentů

zmiňuje úzkost, kterou pociťoval v průběhu jednoho z absolvovaných tréninků: *„Častá úzkost na tréninku (...), už když jsem tam přicházel, necítil jsem se dobře. Tréma se objevila zejména když paní (...) stála za mnou a dívala se, jak mi to jde. Trénink se dělal bez mluvení, takže jsem neměl možnost úzkost překonat tím, že bych s ní hovořil.“*

Respondent C si vzpomíná na svůj první negativní dojem z TKF. Hovoří o něm takto: *„Já jsem tam šla, hrozně jsem se bála, padla tam na mě úzkost, bylo to v podzemí, sestřička musela zavolat tu paní, aby si pro mě došla. Tma, žárovky nesvítily, hrozně jsem se tam bála, jestli si mě tam nenechaj, prostředí nic moc.“*

Tento negativní dojem respondenta C se posléze po komunikaci s personálem změnil na pozitivní, ale ilustruje to zatím v odborné literatuře příliš nerozebíranou důležitost prostředí, ve kterém se trénink odehrává.

K poskytování zpětné vazby během tréninku jsem bohužel neměla možnost sesbírat dostatek dat, jelikož si ji respondenti kromě jedné výjimky nepamatují. Čtyři respondenti si vzpomínají alespoň na závěrečnou diagnostiku, kterou popisují těmito výroky:

- *„Dostala jsem závěrečnou zprávu. A ten závěr myslím byl, že už teda nepotřebuju žádný trénink kognitivních funkcí, že to, co jsme probrali, že bohatě stačí. A jenom doporučení k tomu třetímu úkolu práce pod stresem, zvládat ty stresové situace. S tím navštěvuju tu psychoterapii, kde zapracujeme na té úzkosti.“* (respondent C)
- *„Jo, to bylo na začátku a na konci. (...) my jsme to probrali, o čem to je, mi vysvětlila. (...) Jsem na tom byl lepší, než jsem si myslel.“* (respondent D)
- *„... dostal jsem zprávu. Ano, vlastně jsem ji pak i používal, když jsem jakoby chtěl podpořit svůj nový zdravotní stav. (...) Tak já jsem ten komentář dostal vlastně na závěr, kdy jsme dělali ty závěrečné testy, kde jsme měli dokázat, jestli došlo k zlepšení.“* (respondent E)
- *„Tam bylo vlastně na závěr, vím, že mi napsali takovej nějaký odstaveček a tam bylo napsáno v tom odstavečku takový nějaký hodnocení.“* (respondent F)

Respondent E, který jako jediný komentuje průběžné poskytování zpětné vazby, se k ní vyjádřil takto: „...vždycky každý den po skončení toho konkrétního tréninku, aby jsme pochopili výsledky v těch daných testech, co jsme vlastně sledovali. Takže ta zpětná vazba byla bezprostřední, byla vždycky po každém tréninku...“

Co se týče jednotlivých didaktických prostředků používaných v průběhu TKF, respondenti si vybavovali hlavně konkrétní úlohy a pomůcky, které je nejvíce bavily. V odpovědích na toto téma nezmínili respondenti nic, co by někomu z nich nevyhovovalo. Je však nutné brát v úvahu, že respondenti si kvůli časovému odstupu od tréninku již v této oblasti nepamatovali podrobnosti.

Tři z respondentů si vzpomínají na metody „tužka-papír“. Stejný počet respondentů zmínil využití manipulačních cvičení v rámci TKF. Z manipulačních cvičení byly nejčastěji zmiňovány deskové hry na postřeh. Dále se v odpovědích objevily *skládačky* (respondent B) a *logické hlavolamy* (respondent C).

Dva z respondentů považují za velmi užitečné úlohy zaměřené na exekutivní funkce, respektive na plánování času. Respondent D popisuje konkrétní úlohu takto: „...*tam jsme dělali právníkovi jeho diář, člověk to musel dát dohromady. Tam byl popsanej jeho den a musel jsem to sesumírovat do diáře. Ted' jsem nevěděl, byl to bordel, musel jsem najít konec a postupně to napláňovat.*“

Jako samostatnou část metod jsem vyčlenila **cvičení realizovaná za pomoci počítačových programů**, ke které se vyjádřilo pět ze šesti respondentů a u které si často pamatovali detaily. K využití počítače jako didaktické techniky zaujímali respondenti veskrze pozitivní postoje. Velmi často je na nich zaujala cvičení podobná dětským počítačovým hrám a v některých případech bylo během TKF opravdu využíváno přímo dětských počítačových her, jelikož rozvíjely některou z kognitivních funkcí. Pro ilustraci přikládám výroky respondentů týkající se počítačových cvičení:

- „...*na počítači jsem hrála berušky (...) je to na rychlost, na postřeh (...) takže to je taková hra na počítači a tam je karta na berušky a za každou chytnutou berušku*

máte bod.“ (respondent B v odpovědi na otázku, čemu by rád v tréninku věnoval více času)

- *„Takže mně se to strašně líbilo na tom počítači, různý cvičeníčka (...) Někdy jsme třeba na počítači hráli dětský hry, (...) Medvídko Míšu si pamatuju. (...) Vždycky jsem měla radost, když došel do toho cíle, to byla strategická hra, sbírá nějaký poklady, začíná v jednom bodě a má dojít do cíle.. (...) vždycky jsem z toho měla radost a Míša si tam vždycky zatleskal, zatočil se, jako malý dítě, prostě vrátila jsem se do dětských let.“ (respondent C)*
- *„Jsme tam hráli to, že nějaký medvěd se musí dostat z místa na místo přes políčka. Na počítači. (...) Člověk to musel vymyslet nějak, ty svoje čtverečky, taky mohl šlápnout mimo jednou.“ (respondent D hovoří o tom, co ho během tréninku nejvíce bavilo)*
- *„Byl to vlastně takový test orientace, kdy jsme s paní psychologkou dělali testy na počítači a bylo to zaměřeno na orientaci. To znamená, že vlastně tam byla taková kruhová aréna, kde jsem vlastně z různé perspektivy musel najít ty styčné body. (...) Že to bylo takové rychlé, svižné, to se mi na tom líbilo.“ (respondent E hovoří o tom, co ho během tréninku nejvíce bavilo)*

Respondent F v souvislosti s počítačovými cvičeními navrhuje: *„Možná by nebylo špatný, kdyby ty pacienti dostali ten program domů, aby na tom mohli pracovat i doma, to si myslím, že by byla dobrá věc.“* Dva z respondentů si vzpomínají na to, že dostávali různé domácí úkoly, ale žádný z nich se netýkal počítačových cvičení.

4.3 Zhodnocení tréninku kognitivních funkcí ve vybraných organizacích na území České republiky

Šetření kognitivních funkcí ve vybraných organizacích na území České republiky mělo prohloubit porozumění problematice tréninku kognitivních funkcí pro osoby s psychotickým onemocněním. V realizovaném výzkumu jsem sesbírala data od osob, které trénink absolvovaly v jedné (či dvou) z těchto tří organizací: v zapsaném ústavu

Green Doors, občanském sdružení Modré dveře nebo Psychiatrickém centru Praha. V této kapitole shrnu a porovnám poznatky teoretické části a zrealizovaného empirického šetření. Šetření bylo realizované na relativně malé skupině respondentů, nicméně i přesto ukazuje velmi zajímavý pohled na problematiku TKF pro osoby s psychotickým onemocněním. Tato kapitola se bude zabývat jednotlivými dílčími cíli výzkumu, které byly definovány v podkapitole 4.1.

V podkapitole 1.1 Kognitivní deficit bylo popsáno šest deficitních oblastí definovaných velkou metaanalýzou iniciativy MATRICS. Tyto deficitní oblasti jsou: rychlost zpracování informací, pozornost/bdělost, pracovní paměť, verbální učení a paměť, vizuální učení a paměť a poslední oblastí jsou exekutivní funkce.

Z odpovědí respondentů v empirickém šetření vyplývá, že krom jediné výjimky všichni zaznamenali kognitivní deficit, ať již připisovali jeho původ nemoci či lékům. Ze šesti deficitních oblastí z podkapitoly 1.1 se respondenti zmínili o pěti. Nejčastěji byla zaznamenána zhoršená paměť (a s tím související potíže s učením se nového), která se týká hned tří vymezených oblastí (pracovní paměť, verbální učení a paměť a vizuální učení a paměť). Jedinou oblastí, která nebyla respondenty označena jako deficitní, byla oblast exekutivních funkcí. Nicméně ačkoli tato oblast nebyla explicitně zmíněna, jeden z respondentů uvedl její rozvoj během tréninku jako nejpraktičtější část TKF.

Jeden z respondentů navíc zmiňuje deficit v oblasti vyjadřování, který obsahově přímo nezapadá do ani jedné z metaanalýzou vymezených deficitních oblastí. Důvod nevymezení tohoto deficitu jako samostatné oblasti si vysvětlují tak, že tato oblast je jen velmi těžko testovatelná, jelikož pro její zjištění je potřeba velmi přesně znát premorbidní úroveň nemocného.

Ohledně vlivu nemoci na zaměstnání se respondenti shodují v tom, že jejich nemoc měla za následek ztrátu zaměstnání, do kterého docházeli v době před vypuknutím nemoci. Tato zjištění se shodují s oddílem 2.4.1 Sociální izolace a problematika uplatnitelnosti na trhu práce. Všichni respondenti se nyní postupně snaží o návrat do pracovního procesu. Některým se to již povedlo, jiní si postupně přivykají na postupnou pracovní zátěž v tréninkových kavárnách.

Očekávání respondentů od TKF by se dala zobecnit následujícími kategoriemi: rozvoj kognitivních funkcí/snížení kognitivního deficitu, rozptýlení/zábava a návrat do pracovního procesu. Jeden z respondentů neměl očekávání žádná. Ze zbývajících pěti respondentů čtyři hodnotí, že byla jejich očekávání naplněna. Pouze jeden respondent pochybuje nad účinností tréninku.

Po srovnání respondenty jmenovaných přínosů TKF se šesti deficitními oblastmi definovanými iniciativou MATRICS (viz podkapitola 1.1) jsem zjistila, že respondenti zaznamenali vylepšení v každé z uváděných oblastí. Nejčastěji zmiňovaným přínosem byl rozvoj pozornosti a zlepšení paměti, tzn. zlepšení vizuální, verbální a pracovní paměti.

V empirickém šetření bylo též ověřeno, že TKF může mít pozitivní vliv na návrat do pracovního procesu, což je jeden z cílů TKF definovaný v úvodu kapitoly 3. Jednomu z respondentů TKF pomohl při hledání nového zaměstnání, jelikož během tréninku se tento respondent naučil ovládat počítač, a díky tomu si byl schopen po skončení tréninku sám hledat pracovní inzeráty na internetu. Další z respondentů oceňuje vytrvalost, které ho TKF naučil a díky níž nyní lépe zvládá své nové zaměstnání. Jeden z respondentů jako přínos TKF v oblasti práce uvádí to, že si je nyní schopen svou pracovní činnost lépe naplánovat a nepřetěžuje se tak, jak tomu bylo před vypuknutím nemoci. V tomto případě může trénink zároveň napomoci zabránění relapsu nemoci, jelikož právě velký stres v práci tomuto respondentovi způsobil akutní rozvoj nemoci. Jelikož se respondent naučil lépe využívat čas v pracovní době i v domácnosti, nyní se tolik nevyčerpává a nezažívá tak náročné stresové situace.

Z odpovědí respondentů vyplývá, že návrat do pracovního procesu jim velmi usnadnilo, pokud byl TKF provázán s pracovním programem např. v tréninkových kavárnách. V případě Green Doors a Modrých dveří tyto kavárny úspěšně fungují. Je-li program TKF propojen s programem chráněných zaměstnání např. právě v kavárnách, může si jejich účastník zkoušet naučené dovednosti z TKF přímo v praxi v kavárně pod odborným dohledem. Pokud takto postupně navyšuje náročnost či intenzitu směn v kavárně a zároveň se během TKF zabývá deficitními oblastmi kognitivních funkcí, jeho šance uplatnit se na trhu práce se výrazně zvyšují. Stejná návaznost TKF je vhodná s různými

programy job klubů a dalších poradenských a aktivizačních programů bojujících proti nezaměstnanosti.

Jeden z cílů TKF, který je uveden v úvodu kapitoly 3, se týká dalšího vzdělávání účastníků, případně návratu do školského vzdělávání. Věnovala jsem se proto efektu TKF v této oblasti i v rámci tohoto empirického šetření. K otázkám zaměřeným na potenciální budoucí účast v dalším formálním či neformálním vzdělávání se respondenti vyjadřovali spíše negativně. Čtyři z respondentů se již neplánují dále vzdělávat. Jako důvod uvádějí hlavně stres vyvolaný průběžnými či závěrečnými zkouškami. Zde bych ráda vyjádřila domněnku, že je pravděpodobné, že se respondenti mohou obávat relapsu nemoci, který by mohl být případnými stresovými zkouškami (a dalšími stresovými situacemi) během studia vyvolán, a snaží se proto dalšímu vzdělávání (respektive stresu, který by jim mohlo způsobovat) vyhýbat.

Ovšem jak je uvedeno v oddíle 2.4.1, další vzdělávání může posílit pozici nemocného jedince na trhu práce a zároveň může napomoci v boji proti jeho sociální izolaci. Je proto vhodné, aby osoby s psychotickým onemocněním byly podporovány k dalšímu rozvoji a vzdělávání. Lze je například motivovat tím, že TKF pro ně byl úspěšnou vzdělávací aktivitou, díky které se rozvinuly. Zároveň je možné částečně využít motivů, které měli jedinci při nástupu do TKF. V případě respondentů z tohoto empirického šetření by mohlo jít o očekávání, že pro ně TKF bude rozptýlením a že jim pomůže v návratu do pracovního procesu. Oba tyto motivy se dají využít i pro další případné vzdělávání. Roli v motivaci k případnému dalšímu rozvoji a vzdělávání může hrát i podpora ze strany vzdělavatele, který vede TKF.

Pokud se osoba s psychotickým onemocněním rozhodne v dalším vzdělávání pokračovat, je potřeba ho v něm i nadále podporovat, a to jak ze strany rodiny, tak odborníků. Pomoc v takovéto situaci může poskytnout například Portál podporovaného vzdělávání zmiňovaný v podkapitole 3.5. Odborníci, kteří nabízejí osobám s psychotickým onemocněním pomocnou ruku během vzdělávání, jsou nyní převážně psychologové (Příhoda, 2011), ovšem zde by mohli hrát významnou roli také andragogové obeznámení se základy problematiky práce s lidmi s psychotickým onemocněním. Andragog by

v tomto případě mohl mít například roli mentora či kouče, který by nemocné osobě pomáhal projít její studijní cestu, poskytoval by jí rady, motivaci a byl by jí oporou ve stresových studijních situacích.

Pozitivní efekt v oblasti dalšího vzdělávání nemocných by mohlo mít také zvýšení povědomí lektorů dalšího vzdělávání o osobách s psychotickým onemocněním a jejich možných komplikací se studiem. Toto povědomí by mohlo napomoci připravit osoby působící v oblasti vzdělávání dospělých (hlavně lektory, ale i organizátory vzdělávání dospělých aj.) na to, že se mohou ve své vzdělávací činnosti setkat s jedinci s psychotickým onemocněním a že by neměli k těmto lidem přistupovat s předsudky, ale naopak s pochopením a podporou. Předsudky mohou pouze dále zhoršit stigma, kterým jsou nemocní stíženi a které výrazně přispívá k sociální izolaci těchto jedinců (viz oddíly 2.4.1 a 2.4.2).

Vrátím-li se k odpovědím respondentů, je možné v nich najít i kladné reakce na další vzdělávání. Ačkoli čtyři respondenti žádnou pomoc TKF se vzděláváním nezaznamenali, zbývající dva se o další vzdělávání zajímali a TKF pro ně měl v tomto směru pozitivní přínos. První z těchto dvou respondentů popisuje užitečný postup učení, který se v tréninku naučil. Druhý respondent říká, že se naučil používat metakognitivní strategie, respektive mnemotechnické pomůcky. Velmi zajímavým nepřímým efektem skupinového tréninku je situace, kterou popisuje taktéž druhý z respondentů, kdy se několik účastníků TKF na kurzu domluví, že budou společně navštěvovat kurzy italštiny. Zde hrál TKF velkou motivační roli v dalším studiu několika osob s psychotickým onemocněním.

Jak je uvedeno v oddíle 4.2.1, respondenti navštěvovali TKF po dobu dvou až tří měsíců. Faktem, který mne zaujal, je to, že polovina respondentů by preferovala, kdyby TKF byl delší. Měl by tak podle jejich názoru větší účinek. Tento fakt dokládá i skutečnost, že čtyři respondenti trénink absolvovali opakovaně, ať již ve stejné nebo v jiné organizaci, než ve které se zúčastnili tréninku prvního. Většinou respondenti toto druhé absolvování TKF iniciovali sami. Délka tréninku závisí na mnoha faktorech (finančních, personálních aj.), které jsou u mnoha organizací neovlivnitelné. Zajímavou možností pro osoby

s psychotickým onemocněním by mohlo být, kdyby se TKF konal na dvě (či podle zájmu více) pokračování a nemuseli by to tak iniciovat účastníci sami. Pokud by tato nabídka byla možná ze strany organizací, mohl by TKF mít pro jeho účastníky větší účinek. Zatím realizaci TKF pro osoby s psychotickým onemocněním zajišťují jen psychiatricky a psychologicky zaměřené organizace. Další nabídka by však mohla vzniknout i ze strany organizací, které se zaměřují na vzdělávání a rozvoj dospělých osob. Jak již bylo uvedeno v podkapitole 2.1, přibližně každý 225. obyvatel České republiky měl v roce 2012 diagnostikované psychotické onemocnění. Věřím proto, že případný další TKF by si našel své zájemce.

V odborné literatuře se autoři jednoznačně neshodují na tom, jakým způsobem by měl TKF probíhat, zda skupinově, či individuálně (viz podkapitola 3.3 Skupinový a individuální trénink kognitivních funkcí). Pro úspěch tréninku však tato otázka může být důležitá a mělo by jí být věnováno více pozornosti. Z tohoto důvodu bylo jedním z cílů v tomto empirickém šetření zjistit, jaká pro a proti mohou obě varianty mít. Jelikož bylo na tento aspekt tréninku doposud nahlíženo převážně z pohledu podmínek organizace, ve které se TKF pořádá, byla problematika v tomto šetření zkoumána z pohledu několika absolventů TKF se zkušenostmi ze tří různých organizací.

Výhody skupinového tréninku viděli respondenti v možnosti srovnání se s ostatními nemocnými a v pocitu sounáležitosti. Naopak nevýhody skupinového tréninku spatřovali v pocitu méněcennosti. Někteří respondenti nepopsali konkrétní důvody, ale zmínili, že jim skupina vadila obecně.

Zaregistrovala jsem v tomto případě jistou nesrovnalost v odpovědích respondentů. Jde o to, že v pozitivních náhledech na skupinový trénink uvádějí respondenti možnost srovnání se s ostatními účastníky, což by se shodovalo s názory z pohledu andragogiky i s názory odborníků na TKF, které byly představeny v podkapitole 3.3. Nicméně v negativních náhledech byl zmiňován pocit méněcennosti, který rovněž vyplývá ze srovnání účastníků mezi sebou. Zde je na místě uvést ještě jeden dosud nezmíněný komentář. Jde o výrok respondenta E, který říká: *„Takže spíš mi nejde o to, jestli je to skupinové či individuální, ale spíše o to, jestli jsem dobrý v porovnání s tou skupinou.“*

Vysvětluji si to tedy tak, že pokud je osoba v řešených úlohách úspěšnější než ostatní, má z tréninku dobrý pocit, což odpovědi ostatních respondentů potvrzuje. Pokud však úspěšnější není, má tato osoba špatný pocit. S takovouto soutěživostí se můžeme setkat při jakémkoli skupinovém vzdělávání, u osob s psychotickým onemocněním ovšem může toto srovnání hrát velmi výraznou roli. Pokud je jedinec v porovnání s ostatními dobrý, zvedne to jeho sebevědomí a pomůže mu to na jeho další cestě za zotavováním se. Ovšem pokud je horší než zbytek skupiny, může to u něj navodit výše zmíněné pocity méněcennosti, které mohou vést k závažným problémům a v extrémní situaci se mohou stát i jedním z faktorů, které by mohly zapříčinit relaps nemoci. Je tedy na zvážení, zda střídavý úspěch většiny nenaruší psychiku jedince s horšími výkony. Pokud je v TKF zvolena varianta skupinového tréninku, je podle mého názoru nutné, aby ten, kdo trénink vede, citlivě pracoval s úspěchy a hlavně s neúspěchy jednotlivých účastníků. Je potřeba reflektovat např. kdo již trénink opakuje, a jeho výsledky jsou proto lepší, a kdo se teprve čerstvě vzpamatovává z nemoci, která měla velký negativní vliv na jeho kognitivní funkce. Tyto skutečnosti je potřeba s účastníky probírat a všechny rovnoměrně povzbuzovat a chválit v jejich malých osobních zlepšeních. Jedinec může být ve srovnání se skupinou nejhorší, ale jeho vlastní pokrok může být i tak znatelný a on si toho musí být vědom.

Individuální trénink jako takový mezi respondenty negativní odezvu neměl. Někteří preferují spíše skupinový, z již výše zmíněných důvodů, ale nikdo neuvedl žádný postoj negativně hodnotící přímo individuální trénink. Pozitivní hodnocení respondentů k individuálnímu TKF jsem shrnula do těchto dvou skupin: osobní přístup a intenzivní pozornost zaměřená na jedince a jeho potřeby. Respondenti zde potvrzují výhody individuálního učení, které jsou popisovány v andragogické literatuře a byly zmíněny v podkapitole 3.3.

Celkové preference respondentů jsou takové, že čtyři by spíše volili trénink individuální, jeden trénink skupinový a jeden z respondentů není zcela rozhodnut, kterou z variant by zvolil. Ze zmiňovaných pozitiv individuálního tréninku mi tato varianta přijde jako účinnější, nicméně je vždy na jednotlivých organizacích, jaké jsou jejich podmínky

k uspořádání takového tréninku, je totiž nutné brát ohled i na to, že tato varianta je časově, prostorově, personálně i finančně náročnější.

V okruhu otázek týkajících se spolupráce se vzdělavatelem či psychologem, který TKF vedl, se respondenti s jednou výjimkou shodli na tom, že bylo vše v pořádku a pracovník s nimi jednal mile a odborně. Jeden z respondentů však zmiňuje úzkost, kterou míval v průběhu jednoho z absolvovaných tréninků. Šlo o situace, kdy mu při různých cvičeních, která se měla dělat beze slova, stál vzdělavatel přímo za zády. Respondent vnímal trému a měl poté již při příchodu na trénink úzkostné stavy. Domnívám se, že v tomto případě bylo s tímto respondentem potřeba více pracovat na prohloubení jeho pocitu důvěry a bezpečí na tréninku. S ohledem na možné paranoidní naladění, vyšší míru úzkosti a nejistoty a jiná specifika prožívání účastníků tréninku by se mělo s jednotlivými osobami pracovat velmi citlivě, navázat s nimi pozitivní vztah a věnovat dostatek prostoru reflexi vzájemné komunikace v průběhu tréninku včetně jejích neverbálních složek (viz 3.4.1 Didaktické zásady tréninku kognitivních funkcí). Pokud účastník v nějakém cvičení pracuje v tichu bez mluvení a bude-li ho vzdělavatel potřebovat sledovat, je minimálně vhodné, aby ho na to dopředu upozornil a zeptal se, jak to vnímá a zda mu to nevadí. Úzkost při TKF pak mohla být jedním z důvodů, proč tento respondent zmiňoval, že si není jistý, zda měl TKF nějaký účinek na rozvoj jeho kognitivních funkcí. Reflexe komunikace nemocného a vzdělavatele v průběhu tréninku tvoří významnou zkušenost přemostňující TKF a nácvik sociálních dovedností. Nemocný ji může dále pozitivně zužitkovat v běžných sociálních situacích, pokud si je díky TKF vědom toho, za jakých okolností či v jakém uspořádání sociálních vztahů bude potencionálně pociťovat vyšší míru úzkosti. Může si sám aktivně zkoušet vytvářet v sociokomunikační sféře podmínky, v nichž se cítí bezpečně. Tato dovednost pak dále násobí jeho pocit kompetence řešit sociální situace, zvyšuje sebevědomí a zpevňuje sebepojetí.

Ráda bych na tomto místě upozornila na v odborné literatuře příliš nerozebíranou stránku TKF, a tou je důležitost prostředí, ve kterém se trénink odehrává. Jeden z respondentů zmiňoval velmi negativní zážitek z první návštěvy TKF, který byl popsán v oddíle 4.2.5 této práce. Jednalo se o podzemní prostory, kde byla v chodbě

před příchodem na místo tréninku tma. Respondenta se zmocnila úzkost a pracovnice ho musela doprovodit, aby byl schopen dojít na místo, kde se trénink odehrával. Pro osoby s psychotickým onemocněním je vhodnější zvolit co nejvíce přehledné světlé prostory, které nebudou nemocným vyvolávat úzkost.

S výjimkou jednoho si respondenti nepamatovali na poskytování zpětné vazby, v tomto případě proto nelze zhodnotit, jakým způsobem tato na TKF probíhala. Ve spojitosti se zpětnou vazbou respondenti zmiňovali pouze závěrečnou diagnostiku, ve které s nimi pracovníci probrali a zhodnotili jejich výsledky z průběhu tréninku.

Respondenti si v rozhovoru vzpomínali na poměrně širokou škálu didaktických prostředků používaných v průběhu tréninku. Žádná ze zmíněných metod práce ani žádný z prostředků TKF nebyly respondenty hodnoceny negativně. Z důvodu časového odstupu si respondenti většinou pamatovali pouze prostředky a konkrétní úlohy, které je v průběhu TKF nejvíce bavily. Jediným tématem, o kterém se respondenti v této oblasti rozhovořili více, byla cvičení realizovaná za pomoci počítačových programů. Respondenti se k nim stavěli kladně. Velmi pozitivně hodnotili, pokud se během tréninku věnovali počítačovým cvičením podobným hrám, včetně her s dětským herním designem, někteří i zmiňovali, že to byla část tréninku, které by chtěli v průběhu TKF věnovat více prostoru. Tento fakt si vysvětluji tak, že počítačové hry jsou schopny nasimulovat zajímavé grafické a zvukové efekty, které se například ve cvičeních tužka-papír neobjevují. Počítačová cvičení jsou dle svědectví respondentů zajímavá a motivující svou zábavností. Osoby s psychotickým onemocněním z nich mohou mimo jiné profitovat zkvalitněním schopnosti ovládat počítač, v níž mají mnozí rezervy handicapující je na trhu práce. Část tréninku by proto bylo optimální uskutečnit za pomoci počítačových programů. Nicméně TKF by se neměl zúžit pouze na tuto techniku práce, aby se z něj nevytratil motivující a povzbuzující lidský prvek, kterým je spolupráce se vzdělavatelem při řešení různých úloh a her, které nejsou realizovány přes počítač. Myslím, že by naopak mohlo být vhodné zaměřit se na návrh jednoho z respondentů, který říká, že by pro něj bylo přínosné, kdyby počítačový program s cvičeními mohl mít i doma a tam je trénovat. Je pravděpodobné, že takto pojaté domácí úkoly by mohly účastníky TKF přilákat kvůli své zajímavé grafické a zvukové stránce. Z šesti respondentů si pouze dva vzpomínají, že

dostávali nějaké domácí úlohy, a oba se shodují na tom, že nešlo o úlohy počítačové. Tuto možnost jsem nyní zaznamenala pouze v nabídce Národního ústavu duševního zdraví (respektive PCP), který v pozvánce na TKF píše, že doplňkovou část programu tvoří i možnost online tréninku doma (Národní ústav duševního zdraví, 2015b).

V pozici vzdělavatele TKF by se mohli uplatňovat andragogové, pro které je velkou výhodou, že mají zkušenosti se vzděláváním dospělých. Ačkoli účastníci jsou osoby s psychotickým onemocněním, jejichž péče většinou spadá do rukou psychologů a psychiatrů, během TKF neprobíhá psychoterapie ani jiné formy terapie, pro jejichž vedení je nutné absolvovat formální psychologické vzdělání. Jsou zde trénovány kognitivní funkce a způsoby, kterými je pracováno s osobami s psychotickým onemocněním, jsou obdobné jako při spolupráci se zdravými osobami. Mohlo by se tedy jednat například o vzdělavatele, kteří mají zkušenost s kognitivním tréninkem zdravých osob a kteří by mohli na TKF nahlížet z jiného úhlu pohledu, více by v něm např. zdůrazňovali andragogické principy spolupráce s účastníky.

Na závěr zhodnocení empirického šetření je vhodné uvést stručný souhrn. V tomto kvalitativním šetření byly zjišťovány názory respondentů na TKF pro osoby s psychotickým onemocněním. Respondenty byli účastníci TKF ze tří různých organizací. Tento výzkum ukázal přínosné pohledy na reálný efekt TKF v běžném životě lidí s psychotickou poruchou. Tato problematika by v budoucnosti zasloužila další podrobnější prozkoumání. Bylo by například vhodné prozkoumat tuto oblast v širším měřítku s více respondenty, případně s respondenty z více různých organizací. Při případném dalším zkoumání v oblasti tohoto tématu by mohlo být zajímavé, pokud by výzkum (hlavně ve fázi sběru dat) byl realizován osobami, které mají s pacienty s psychotickým onemocněním bližší vztah. Odezva potenciálních respondentů by mohla být v takovéto situaci větší, jelikož osoby s psychotickým onemocněním neprojeví snadno důvěru k cizímu člověku. Získávat data pro další výzkumy by tedy mohli kupříkladu lékaři či psychologové, se kterými se tyto nemocné osoby setkávají nebo setkávaly. Případně by mohlo jít i o vzdělavatele, kteří vedli TKF, nicméně v tomto případě hrozí zkreslení respondenty podávaných informací, kteří by informace záměrně upravovali např. ve snaze zavděčit se vzdělavateli.

5 Závěr

V oblasti andragogiky nebylo doposud téma trénování kognitivních funkcí příliš zmiňováno. Pouze výjimečně se někteří odborníci z této oblasti TKF zabývají či ho přímo realizují (například Brain Jogging zmiňovaný v úvodu této práce). Nicméně co se týče TKF pro osoby s psychózami, je tato doména prozatím plně v rukou psychologů.

Psychotické onemocnění znamená zpravidla pro nemocnou osobu ztrátu zaměstnání či nemožnost dokončit formální vzdělávání. Nemocní nejsou v akutní fázi onemocnění schopni plnit své role a funkce ve společnosti a po stabilizaci onemocnění se k těmto rolím a funkcím velmi těžko navrací. Dopady těchto duševních poruch jsou velmi široké a ovlivní život nemocných jedinců i jejich rodin. Jedním z dopadů těchto onemocnění je deficit kognitivních funkcí.

TKF jako součást nefarmakologické léčby osob s psychotickým onemocněním si klade za cíl pomoci těmto osobám s návratem do běžného života. Zaměřuje se na procvičování oslabených kognitivních funkcí, které má za následek zlepšení jejich činnosti, případně na nahrazení funkcí v deficitu různými kompenzačními technikami. Dále se TKF soustředí na usnadnění návratu účastníků na trh práce, případně na zvýšení šancí na úspěch ve školském či dalším vzdělávání. Skupina osob s psychotickým onemocněním, kterým může tento trénink pomoci, je rozsáhlá. V roce 2012 měl přibližně každý 225. člověk diagnostikováno psychotické onemocnění.

Cílem této práce bylo zjistit, jakým způsobem probíhá TKF pro dospělé osoby s psychotickým onemocněním a jaké může mít pro své účastníky přínosy. Dále se tato práce ve zhodnocení empirického šetření zaměřovala na případná doporučení, díky kterým by mohlo být dosaženo lepších výsledků TKF a která by mohla do této problematiky zapojit odborníky z oblasti vzdělávání dospělých.

První tři kapitoly se týkaly teoretického rámce práce. V této teoretické části byl popsán kognitivní deficit osob s psychózou, dále samotná psychotická onemocnění a specifika TKF jako části nefarmakologické léčby osob s tímto onemocněním. Empirická část práce

se zabývala kvalitativním šetřením, které spočívalo v analýze dat získaných z rozhovorů s šesti účastníky TKF pro osoby s psychotickým onemocněním, kteří tento trénink absolvovali ve vybraných organizacích v České republice.

V této práci bylo prokázáno, že osoby s psychotickým onemocněním pociťují kognitivní deficit, který jim komplikuje jejich běžný život. Velmi často zaznamenávají zhoršení paměti a s tím blízké propojené potíže s učením se nových poznatků a postupů.

Od TKF nemocní jedinci očekávají rozvoj kognitivních funkcí, respektive snížení kognitivního deficitu, pomoc s návratem do pracovního procesu a rozptýlení či zábavu. Většinou jsou tato očekávání v TKF naplněna.

Empirické šetření, realizované v rámci této bakalářské práce, prokázalo pozitivní efekt TKF na fungování osob s psychotickou poruchou v běžném životě. Tyto osoby zaznamenaly zlepšení v každé deficitní oblasti kognitivních funkcí. Nejčastějším přínosem je rozvoj pozornosti a paměti. Psychóza mívá za následek ztrátu rolí a funkcí nemocného člověka ve společnosti. Nejčastěji se jedná o ztrátu zaměstnání, která je jak pro jedince tak pro společnost závažným problémem. TKF může mít pozitivní vliv na návrat na trh práce. Velmi účinným se zdá být propojení TKF s chráněným pracovním programem např. v tréninkových kavárnách.

Efekt TKF na vzdělávání, ať již ve školských zařízeních, nebo v dalším vzdělávání, zatím není tolik výrazný, což je mimo jiné způsobeno tím, že osoby s psychotickým onemocněním se spíše dalšímu vzdělávání vyhýbají kvůli obavě z případného stresu, který by mohl být vyvolán průběžnými či závěrečnými zkouškami v rámci tohoto vzdělávání. Nicméně další rozvoj a vzdělávání osob s psychotickým onemocněním by mohl nemocným usnadnit úspěšný návrat na trh práce a mohl by jim zároveň pomoci snížit sociální izolaci a zvýšit sebevědomí. Je proto vhodné osoby s psychotickým onemocněním v dalším vzdělávání podporovat. Zde mohou hrát důležitou roli andragogové obeznámení se základy práce s lidmi s psychotickým onemocněním. Andragog v roli mentora či kouče může nemocné osobě pomoci projít formálním studiem či kurzy dalšího vzdělávání. Přispět k úspěšnému absolvování školského či dalšího vzdělávání by také mohlo zvýšení povědomí andragogů působících v praxi

vzdělávání dospělých o osobách s psychotickým onemocněním a jejich specifických vzdělávacích potřebách.

Ohledně volby mezi skupinovým a individuálním tréninkem je mezi osobami s psychotickým onemocněním spíše preferován přístup individuální. Nemocným na této formě vyhovuje osobní přístup a intenzivní pozornost vzdělavatele zaměřená na jedince a jeho potřeby. Individuální přístup zabraňuje taktéž pocitu méněcennosti, který může vzniknout na skupinovém tréninku v případě, že jedinec podává horší výkony než ostatní účastníci. Je-li zvolena skupinová forma tréninku, je důležité předcházet těmto situacím. Vhodné je v takovéto situaci pracovat citlivě s úspěchy a hlavně s neúspěchy jednotlivých účastníků. Skupinový trénink má také své výhody, kterými jsou například pocit sounáležitosti účastníků a vzájemná možnost podpory. Ti, kteří mají lepší výkony než ostatní, oceňují soutěživost a možnost srovnání se s ostatními účastníky TKF. Rozhodnutí, zda bude trénink skupinový či individuální, je ve výsledku vždy na jednotlivých organizacích a jejich možnostech, nicméně při zvažování obou variant je dobré reflektovat výhody a v případě skupinového tréninku nevýhodu těchto variant z pohledu účastníků. V případě skupinového tréninku je vhodné se zaměřit na zmírnění pocitu méněcennosti, který se může u některých účastníků objevit.

Oblast, která by mohla být v TKF rozšířena, je využití počítačových programů k samostatné domácí tréninkové činnosti osob s psychotickým onemocněním. Cvičení realizovaná skrze počítač jsou účastníky velmi ceněnou součástí tréninku, která je baví a rozvíjí zároveň. Bylo by přínosné této možnosti využít jako motivace pro samostatnou studijní činnost nemocných. Zatím je tato možnost zaznamenána pouze okrajově. Osoby s psychotickým onemocněním mohou ze samostatné práce na počítači profitovat například i rozvinutím své počítačové gramotnosti, která mnohé handicapuje například na trhu práce.

Při plánování TKF by neměla být opomínána důležitost prostředí, ve kterém je trénink realizován. Ideální je zvolit co nejvíce přehledné světlé prostory, které nemohou v osobách s psychotickým onemocněním vyvolávat úzkost. Dále je při plánování tréninku otázkou, jakou zvolit délku trvání. Standardní délka TKF je mezi dvěma až třemi měsíci,

někteří nemocní však preferují delší trénink. Organizace by mohly zvážit možnost vytvořit nabídku TKF na dvě či více pokračování, případně by se mohly zamyslet nad prodloužením stávajících tréninků. Tato otázka zatím není v odborné literatuře příliš zkoumána, mohla by proto být předmětem dalších výzkumů.

Vyhovující nabídku TKF by mohly vytvořit organizace zaměřené na vzdělávání dospělých. V pozici vzdělavatele TKF by se mohli uplatňovat andragogové, pro které je velkou výhodou jejich praxe ve vzdělávání dospělých. Například v již dříve zmiňovaných kurzech Brain Joggingu působí lektoři vzdělávání dospělých. Brain Jogging se zabývá TKF pro různé cílové skupiny, ovšem osoby s psychotickým onemocněním byly doposud opomíjeny a zaměřovali se na ně psychologové. Tato úvaha otevírá téma případné kooperace andragogů a psychologů při vytváření nabídky kurzů TKF pro osoby s psychotickým onemocněním. Nabízí se zde možnost spolupráce na sestavování tréninkového plánu a jeho realizaci. Tato kooperace andragogů a psychologů by mohla být velmi hodnotnou zkušeností, která by mohla přinést oběma stranám cenné podněty v jejich práci. Především však by toto propojení mohlo být užitečné účastníkům TKF, pro které by za těchto podmínek mohl vzniknout optimální tréninkový program.

Dosavadní poznatky o TKF by mohl rozšířit případný další výzkum realizovaný ve větším měřítku, než bylo provedeno v této bakalářské práci. Problematiku TKF je vhodné v budoucnosti dále zkoumat a to například právě z pohledu možností spolupráce andragogické a psychologické vědy. Tato práce může být první pomyslnou vlaštovkou, která toto téma dostává do většího povědomí andragogické vědy jako pole praxe.

6 Soupis bibliografických citací

1. ASOCIACE INSTITUCÍ VZDĚLÁVÁNÍ DOSPĚLÝCH ČR. *Brain Jogging* [online]. 2010 [cit. 2015-05-20]. Dostupné z: <http://www.aivd.cz/brain-jogging>
2. BELLACK, Alan S., James M. GOLD a Robert W. BUCHANAN. Cognitive Rehabilitation for Schizophrenia: Problems, Prospects, and Strategies. *Schizophrenia Bulletin* [online]. 1999, vol. 25, issue 2, s. 257-274 [cit. 2015-02-03]. DOI: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033377. Dostupné z: <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/25/2/257>
3. BENEŠ, Milan. *Andragogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 135 s. ISBN 978-80-247-2580-2.
4. BENEŠOVÁ, Miroslava. *Rehabilitace pacientů se schizofrenním onemocněním: trénink kognitivních funkcí jako možnost terapeutického ovlivnění kognitivního deficitu*. Praha, 2006. Rigorózní práce. Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta, Katedra psychologie. Konzultant práce Mabel Rodriguez.
5. BENEŠOVÁ, Miroslava a Michal NONDEK. Individuální trénink kognitivních funkcí u klientů se schizofrenní poruchou. In: KULIŠTÁK, Petr et al. *Případové studie z klinické neuropsychologie*. Praha: Karolinum, 2011. s. 32-66. ISBN 9788024619286.
6. BEN-YISHAY, Yehuda a Leonard DILLER. Cognitive Remediation in Traumatic Brain Injury: Update and Issues. *Arch Phys Med Rehabil* [online]. 1993, vol 74 [cit. 2015-04-08]. Dostupné z: [http://www.archives-pmr.org/article/0003-9993\(93\)90363-F/pdf](http://www.archives-pmr.org/article/0003-9993(93)90363-F/pdf) C2Seminaire/MultiObSem/105.pdf
7. BRAIN JOGGING. *Brain Jogging trénink mozku pomocí počítače* [online]. 2015 [cit. 2015-06-10]. Dostupné z: <http://www.brainjogging.cz/>
8. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Počet obyvatel k 31. 12. 2012. *Veřejná databáze ČSÚ* [online]. 2012 [cit. 2015-04-21]. Dostupné z: http://vdb.czso.cz/vdbvo/mi/mi_hodnota.jsp?idhod=60399860&kodjaz=203&maska
9. DOSTALÍKOVÁ, Barbora. *Edukace seniorů a geragog*. Olomouc, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, Katedra sociologie a andragogiky. Vedoucí práce Naděžda Špatenková.

10. DOUBEK, Pavel, Ján PRAŠKO, Erik HERMAN a Jaromír HONS. *Psychóza v životě - život v psychóze: příručka pro pacienty trpící psychózou a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf, 2008. 63 s. ISBN 978-80-7345-156-1.
11. GREEN DOORS. *Kdo jsme* [online]. 2015 [cit. 2015-05-03]. Dostupné z: <http://www.greendoors.cz/kdo-jsme>
12. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-717-8303-X.
13. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
14. HORÁČEK, Jiří a kol. *Psychotické stavy v klinické praxi*. 1. vyd. Praha, 2003. 263 s. ISBN 80-866-9401-1.
15. HORÁČEK, Jiří a Jaromír ŠVESTKA. Psychopatologie (obecná psychiatrie). In *Psychiatrie*. 1. vyd. Editoři Cyril Höschl, Jan Libiger a Jaromír Švestka. Praha: TIGIS, 2002. 895 s. ISBN 80-900-1301-5.
16. KOREN, Danny, Larry J. SEIDMAN, Morris GOLDSMITH a Phillip D. HARVEY. Real-World Cognitive--and Metacognitive--Dysfunction in Schizophrenia: A New Approach for Measuring (and Remediating) More "Right Stuff". *Schizophrenia Bulletin* [online]. 2006-03-14, vol. 32, issue 2, s. 310-326 [cit. 2015-03-03]. DOI: 10.1093/schbul/sbj035. Dostupné z: <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/schbul/sbj035>
17. LÁTALOVÁ, Klára a Jan PRAŠKO. *Nemoc zvaná schizofrenie: příručka pro pacienty a jejich blízké*. Praha: Mladá fronta, 2012. ISBN 978-80-204-2666-6.
18. LIBIGER, Jiří. Schizofrenie. In ZVOLSKÝ, Petr a Jiří RABOCH. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001, 622 s. ISBN 80-246-0390-X.
19. LIBIGER, Jiří. Schizofrenní poruchy. In *Psychiatrie*. 1. vyd. Editor Cyril Höschl, Jan Libiger, Jaromír Švestka. Praha: TIGIS, 2002, 895 s. ISBN 80-900-1301-5.
20. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná verze k 1. 1. 2009*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008. 860 s. ISBN 978-809-0425-903.

21. MODRÉ DVEŘE. *Terapeutické centrum Modré dveře* [online]. 2012 [cit. 2015-05-07].
Dostupné z: <http://www.modredvere.cz/>
22. MOHR, Pavel. Schizofrenie. In HORÁČEK, Jiří a kol. *Psychotické stavy v klinické praxi*. 1. vyd. Praha, 2003. 263 s. ISBN 80-866-9401-1.
23. MUŽÍK, Jaroslav. *Androdidaktika*. 2. vyd., přeprac. Praha: ASPI, 2004. 146 s. ISBN 80-735-7045-9.
24. NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie: přehled základních oborů*. Praha: Triton, 2011. 863 s. ISBN 978-80-7387-443-8.
25. NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ. Historie a současnost. *NUDZ* [online]. 2015a [cit. 2015-05-20]. Dostupné z: <http://www.nudz.cz/o-nas/historie-soucasnost/>
26. NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ. Kognitivní trénink. In: *NUDZ* [online]. 2015b [cit. 2015-05-20]. Dostupné z: <http://www.nudz.cz/lecebna-pece/lecebne-programy/kognitivni-trenink/>
27. NUECHTERLEIN, Keith H., Deanna M. BARCH, James M. GOLD, Terry E. GOLDBERG, Michael F. GREEN a Robert K. HEATON. Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophrenia Research* [online]. 2004, vol. 72, issue 1, s. 29-39 [cit. 2015-02-03]. DOI: 10.1016/j.schres.2004.09.007. ISSN 09209964. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0920996404003421>
28. PALÁN, Zdeněk. *Výkladový slovník vzdělávání dospělých*. 1. vyd. Praha: DAHA, 1997, 159 s. ISBN 80-902-2321-4.
29. PALÁN, Zdeněk. *Lidské zdroje: Výkladový slovník*. 1. vyd. Praha: Academia, 2002. 280 s. ISBN 80-200-0950-7.
30. PREISS, Marek. *Klinická neuropsychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 406 s. ISBN 80-716-9443-6.
31. PREISS, Marek a Hana KUČEROVÁ. *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada, 2006. 411 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1460-4.
32. PŘÍHODA, Jan. *Podporované vzdělávání* [online]. Ledovec, 2011 [cit. 2015-05-15].
Dostupné z: <http://normalnestuduju.cz/>
33. REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. 184 s. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.

34. RODNÝ, Tomáš. Test pozornosti d2. In: *Psychologická diagnostika* [online]. 2001 [cit. 2015-05-10]. Dostupné z: <http://www.psychodiagnostika.cz/index.php?akce=d2>
35. RODRIGUEZ, Mabel V. Úvod do problematiky neuropsychologické rehabilitace. In PREISS, Marek a Hana KUČEROVÁ. *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada, 2006. 411 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1460-4.
36. RODRIGUEZ, Mabel V. *Možnosti nefarmakologické intervence v terapii kognitivního deficitu u českých pacientů se schizofrenním onemocněním - kognitivní remediace pomocí počítačů*. Praha, 2012. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta, Katedra psychologie. Vedoucí práce Jiří Šípek.
37. SCOTT, John a Gordon MARSHALL. *A dictionary of sociology*. 3. rev. ed. Oxford: Oxford University Press, 2009. ISBN 978-019-1726-842.
38. *Schizofrenie: Edukační program WPA*. 1. vyd. Praha: Academia Medica Pragensis - Amepra, 2003. 148 s. ISBN 80-866-9403-8.
39. SLADKOVSKÁ, Kamila. Co je to scaffolding v CLILu?. *Metodický portál: Články* [online]. 02. 09. 2010. [cit. 2015-03-03]. ISSN 1802-4785. Dostupné z: <http://clanky.rvp.cz/clanek/c/j/9541/CO-JE-TO-SCAFFOLDING-V-CLILU.html>
40. STERNBERG, Robert J. *Kognitivní psychologie*. Praha: Portál, 2002. 636 s. ISBN 80-717-8376-5.
41. SYKA, Josef. Mozek a kognitivní funkce. In: *Otevřená věda* [online]. 2006 [cit. 2015-05-05]. Dostupné z: <http://archiv.otevrena-veda.cz/users/Image/default/>
42. ŠVEC, Jakub. *Umíme druhému sdělit, co se nám v jeho chování líbí a co nelíbí (poskytujeme zpětnou vazbu): tematický okruh osobnostní a sociální výchovy Komunikace: lekce 8.4*. Praha: Projekt Odyssea, 2007. 43 s. ISBN 978-80-87145-14-2.
43. ÚZIS ČR. *Psychiatrická péče 2012*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013. 134 s. ISBN 978-80-7472-086-4.
44. WYKES, Til, Clare REEDER, Julia CORNER, Clare WILLIAMS a Brian EVERITT. The Effects of Neurocognitive Remediation on Executive Processing in Patients With Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* [online]. 1999, vol. 25, issue 2, s. 291-307 [cit. 2015-02-03]. DOI: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033379. Dostupné z: <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/25/2/291>

45. WYKES, Til, Clare REEDER, Clare WILLIAMS, Julia CORNER, Christopher RICE a Brian EVERITT. Are the effects of cognitive remediation therapy (CRT) durable? Results from an exploratory trial in schizophrenia. *Schizophrenia Research* [online]. 2003, 61(2-3): 163-174 [cit. 2015-02-03]. DOI: 10.1016/S0920-9964(02)00239-6. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996402002396>
46. WYKES, Til a Will D. SPAULDING. Thinking About the Future Cognitive Remediation Therapy--What Works and Could We Do Better?. *Schizophrenia Bulletin* [online]. 2011-08-22, vol. 37, suppl 2, s. 80-90. [cit. 2015-03-03] DOI: 10.1093/schbul/sbr064. Dostupné z: <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/schbul/sbr064>
47. ZVONÍKOVÁ, Alena. Duševní poruchy jsou stále častější příčinou invalidity. In: *MPSV* [online]. 2008 [cit. 2015-05-13]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5591>

7 Přílohy

Příloha A

Tabulka 1 – Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (F20–F29)

| | |
|---|---|
| F20 Schizofrenie | |
| | F20.0 Paranoidní schizofrenie |
| | F20.1 Hebefrenní schizofrenie |
| | F20.2 Katatonní schizofrenie |
| | F20.3 Nediferencovaná schizofrenie |
| | F20.4 Postschizofrenní deprese |
| | F20.5 Reziduální schizofrenie |
| | F20.6 Schizofrenia simplex |
| | F20.8 Jiná schizofrenie |
| | F20.9 Schizofrenie NS |
| F21 Schizotypální porucha | |
| F22 Poruchy s trvalými bludy | |
| | F22.0 Porucha s bludy |
| | F22.8 Ostatní poruchy s přetrvávajícími bludy |
| | F22.9 Perzistující porucha s bludy NS |
| F23 Akutní a přechodné psychotické poruchy | |
| | F23.0 Akutní polymorfní psychotická porucha bez schizofrenních symptomů |
| | F23.1 Akutní polymorfní psychotická porucha se symptomy schizofrenie |
| | F23.2 Akutní psychotická porucha podobná schizofrenii |
| | F23.3 Jiné akutní psychotické poruchy převážně s bludy |
| | F23.8 Jiné akutní a přechodné psychotické poruchy |
| | F23.9 Akutní a přechodné nespecifikované psychotické poruchy |
| F24 Indukovaná porucha s bludy | |
| F25 Schizoafektivní poruchy | |
| | F25.0 Schizoafektivní porucha, manický typ |
| | F25.1 Schizoafektivní porucha, depresivní typ |
| | F25.2 Schizoafektivní porucha, smíšený typ |
| | F25.8 Jiné schizoafektivní poruchy |

| | |
|---|--|
| | F25.9 Schizoafektivní porucha, nespecifikovaná |
| F28 Jiné neorganické psychotické poruchy | |
| F29 Neurčené neorganické psychózy | |

Tabulku podle MKN-10 sestavila Julie Kovaříková (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná verze k 1. 1. 2009, 2008, s. 202–208).

Příloha B

Návod pro rozhovor

Základní identifikační údaje respondentů

Pohlaví (neptat se):

Kolik vám je let?

Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Jak jste se dostal/a do Green Doors/Modrých dveří/PCP?

Kdo vám Green Doors/Modré dveře/PCP doporučil?

Jaké programy jste tam navštěvoval/a?

Očekávané a reálné přínosy tréninku kognitivních funkcí

Proč jste se rozhodl/a do tréninku nastoupit?

Jaká byla vaše očekávání od TKF?

S jakými požadavky a představami jste do tréninku nastoupil/a?

Splnila se vaše očekávání?

Co myslíte, v čem jste se během tréninku zlepšil/a? Uveďte konkrétní příklady.

Co vám přišlo na TKF jako nejpřínosnější?

Co zůstalo stejné jako na začátku tréninku? Uveďte konkrétní příklady.

Zpětně, chtěl/a byste, aby se něčemu během TKF věnovalo více pozornosti?

Chtěl/a byste, aby se něco během TKF dělalo jinak?

Využíváte v domácnosti nějaké dovednosti, které jste se naučil/a v TKF? Napadají vás nějaké konkrétní situace, ve kterých jste dovednosti z tréninku využil/a?

Využijete v práci něco z toho, co jste se naučil/a v TKF?

Plánujete se ještě dále vzdělávat (formálně i neformálně)? -> Podpořil vás nějak trénink ve vzdělávání?

Skupinový vs. individuální trénink

Absolvoval/a jste trénink skupinový nebo individuální?

Vyhovovala vám tato varianta?

Pokud obojí - kterou z variant preferujete? -> Co přesně vám na tom ne/vyhovovalo?

Spolupráce se vzdělavatelem, zpětná vazba a didaktické prostředky

Na jaké způsoby práce si během tréninku pamatujete? Vzpomenete si na některé konkrétní aktivity a pomůcky, které byly během tréninku využívány?

Se kterou pomůckou se vám pracovalo dobře?

Byla nějaká pomůcka, která vám nevyhovovala?

Která z řečených aktivit či pomůcek vám přišla nejpřínosnější?

Jak se vám spolupracovalo s psychologem/terapeutem, který TKF vedl?

Dostával/a jste v průběhu TKF nějakou zpětnou vazbu od psychologa/terapeuta?

Nemoc a její vliv na zaměstnání a kognitivní funkce

Jaké jsou vaše dosavadní pracovní zkušenosti?

Jak podle vašeho názoru nemoc ovlivnila vaše kognitivní funkce?

V kolika letech jste se s psychózou setkal/a?

Ve které fázi vašeho života to bylo? (Co jste v té době dělal/a? Studium/práce? => Jak to ovlivnilo vaše studium/práci?)

Popište mi prosím, jaká vaše psychóza je. Jaké jste měli obtíže?

Jak se vám daří nyní? Objevují se u vás ještě nějaké příznaky nemoci?

Příloha C

Green Doors

Zapsaný ústav Green Doors (dále jen Green Doors) je nestátní, nezisková organizace zabývající se pracovní a sociální rehabilitací osob s psychotickým onemocněním. Green Doors poskytuje služby podporující návrat těchto osob do pracovního procesu. Vznik této organizace se datuje od roku 1993, následně v roce 1997 byly její služby rozšířeny o první tréninkovou kavárnu Café Na půl cesty. Kromě zaměření se na osoby s duševními poruchami pořádá Green Doors kulturní a osvětové akce a realizují projekty, které propojují rehabilitaci nemocných se službami pro širokou veřejnost. Příkladem takovýchto projektů je tréninková vegetariánská restaurace Mlsná kavka a již výše zmíněné Café Na půl cesty. Dalším podobným projektem je Klub V. kolona, který poskytuje chráněné zaměstnání převážně pro pacienty hospitalizované v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Začleňování na trh práce, který Green Doors nabízí osobám s duševním onemocněním, je komplexní služba, která se snaží usnadnit jedincům cestu na trh práce. Její součástí jsou například job setkání, dále také přechodné a podporované zaměstnávání, sociální poradenství a TKF. (Green Doors, 2015)

TKF je v této organizaci realizován od roku 2006. Cílovou skupinou tréninku jsou lidé s duševním onemocněním. Green Doors uvádí, že se nejčastěji jedná o osoby se schizofrenií nebo jinou poruchou z psychotického okruhu. Trénink v Green Doors probíhá formou individuálních cvičení po dobu přibližně dvou až tří měsíců. Koná se dvakrát týdně pokaždé hodinu a půl. Od roku 2014 je zavedena změna v poskytování TKF, již je nabízen pouze osobám, které jsou klienty Green Doors, což znamená, že v této organizaci absolvují tito lidé i jiné služby. (Green Doors, 2015)

Terapeutické centrum Modré dveře

Občanské sdružení Modré dveře, které bylo založeno v roce 2011 jako nezisková organizace. Toto občanské sdružení provozuje Terapeutické centrum Modré dveře (dále jen Modré dveře), které sídlí v Kostelci nad Černými lesy. Působnost této organizace není jen v Černokostelecku, dosáhla již nadregionální úrovně, jejími klienty jsou lidé z Kolína, Sázavy, Českého Brodu, Benešova, Kutné Hory, Říčanska a dalších regionů. Modré dveře

zajišťují sociální služby, které zahrnují sociální rehabilitaci a sociálně aktivizační služby. Kromě toho tato organizace poskytuje sociální službu krizové pomoci, která je otevřena všem osobám v psychické krizi. Dále se v Modrých dveřích lze setkat se službou psychoterapie a klinického psychologa. Dalším polem působnosti této organizace jsou volnočasové aktivity a společenské akce pro širokou veřejnost. Služba, která pomáhá se začleňováním lidí s handicapem do pracovního procesu, je možnost práce v tréninkové kavárně Modré dveře. (Modré dveře, 2012)

V rámci sociální rehabilitace jsou nabízeny například tyto služby: job club (teoretická a praktická příprava pro hledání zaměstnání), nácvik sociálních dovedností, řemeslné dílny a TKF. TKF v této organizaci trvá tři měsíce a dle potřeb účastníků probíhá deset až patnáct sezení. TKF je v Modrých dveřích individuální i skupinový a je určen pro osoby s duševním onemocněním a mentálním postižením s deficitem kognitivních funkcí. (Modré dveře, 2012)

Psychiatrické centrum Praha

Na úvod k Psychiatrickému centru Praha (PCP) je důležité poznamenat, že se tato organizace od 1. 1. 2015 transformovala do Národního ústavu duševního zdraví, nyní je tedy možné najít PCP pod tímto názvem, případně pod zkratkou NUDZ. Spolu s touto transformací se změnilo i místo sídla organizace, dříve se PCP nacházelo v areálu Psychiatrické nemocnice Bohnice, nyní sídlí v Klecanech. PCP vzniklo v roce 1961, v té době neslo název Výzkumný ústav psychiatrický. Program této organizace je zaměřen na výzkum neurobiologických mechanismů vedoucích k rozvoji závažných duševních poruch jako jsou např. schizofrenie, deprese, úzkostné stavy a reakce na stres. V PCP, respektive NUDZ, jsou vyvíjeny a testovány nové diagnostické a léčebné metody, jednou z těchto metod je právě trénink kognitivních funkcí. Dále je v této organizaci poskytována lůžková a ambulantní léčebná péče. Odborníci z této organizace se snaží reprezentovat českou vědu v oblasti výzkumu duševních poruch a ochrany duševního zdraví v zahraničí. Jednou z dílčích činností je zajištění výuky pro studenty 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, a to v oborech psychiatrie, psychologie, neurovědy, biologie a dalších. (Národní ústav duševního zdraví, 2015b)

Trénink kognitivních funkcí (TKF) zde probíhá po dobu osmi týdnů. Účastníci navštěvují TKF dvakrát týdně, vždy na hodinu a půl. TKF v této organizaci je určen pro osoby s diagnózami z okruhu neuropsychiatrických onemocnění (tzn. nejen psychotická onemocnění, ale i například bipolární afektivní porucha a obsedantně-kompulzivní porucha). Trénink probíhá z velké části jako skupinový, nicméně výjimečně je zahrnován i individuální trénink. (Národní ústav duševního zdraví, 2015a)

Příloha D

TKF pro osoby s psychotickým onemocněním na dalších místech v České republice

V Praze se kromě Green Doors a PCP nachází další dvě organizace, ve kterých se koná TKF pro osoby s psychózami. První z těchto organizací je Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov sídlící na Praze 4. TKF zde probíhá individuální formou a v rámci tohoto tréninku jsou podporováni hlavně studenti procházející výukou na středních či vysokých škol. Kromě osob s psychotickými poruchami mohou do TKF docházet i osoby s neurotickým onemocněním. Mimo to se toto sanatorium zabývá léčbou závislostí a krizovou intervencí.

Druhou pražskou organizací je občanské sdružení Baobab, které sídlí taktéž na Praze 4 a má svou pobočku i v Kladně. V tomto sdružení provozují službu Student, která je určena pro osoby s duševními poruchami z okruhu psychóz a afektivních onemocnění. Pomáhají těmto osobám s rozvojem a uplatněním dovedností potřebných k úspěšnému studiu a osamostatnění se jako základnímu předpokladu pro uplatnění se na trhu práce. TKF je zde zařazen jako součást programu Student a nese název Trénink paměti a pozornosti.

Další dvě organizace se nachází v Jihomoravském kraji. První z nich je občanské sdružení Práh, které sídlí v Brně v Ivanovicích. Sdružení Práh nabízí své služby osobám s psychotickým či afektivním onemocněním z Brna a okolí. Tato organizace vede zároveň i tréninkovou kavárnu Café Práh. Jednou ze služeb sdružení je skupinový TKF, který zde probíhá v rámci programu Sociální rehabilitace.

Dále v Jihomoravském kraji existuje organizace s názvem Psychocentrum Domeček Hodonín o.p.s. Toto hodonínské psychocentrum se zaměřuje na osoby s chronickým duševním onemocněním a na osoby, které vedou rizikový způsob života. TKF zde probíhá pod názvem Herní klub. Cílem Herního klubu je aktivizace a rehabilitace kognitivní funkcí a z toho plynoucí posílení schopností pro zajištění každodenních životních potřeb, zlepšení sebevědomí a sebepojetí.

Příloha E

Informovaný souhlas

Informovaný souhlas týkající se bakalářské práce na téma „Trénink kognitivních funkcí pro dospělé osoby s psychotickým onemocněním“

Písemně potvrzuji, že souhlasím s poskytnutím výzkumného materiálu Julii Kovaříkové pro empirické šetření na téma „trénink kognitivních funkcí pro osoby s psychotickým onemocněním“ ve formě audio nahrávky rozhovoru.

Informace budou anonymně uveřejněny v bakalářské práci a budou zpracovány dle zákona č. 101/2000 sb. o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů.

Jméno a příjmení:

Datum narození:

V dne Podpis: